Niveau(x) d'enseignement : S Numéro ISN : 3629
Centre d'interet : 249

Provencal, Jocelyne

Le dépistage précoc[illegible] des adolescents suicidaires en milieu scolaire : indices comportementaux / par Jocelyne Provencal. -- [Trois-Rivieres?] : J. Provencal, 1989
[28 f. en foliotation multiple] ; 28 cm

Titre de la couv. : Rapport de recherche remis au Conseil québecois de la recherche sociale, subvention no 890-87. Comprend des bibliogr. Dépouillement partiel. Etude epidemiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire : article soumis à la revue Santé mentale au Canada / par Jocelyne Provencal, Lise Cote, Christine Ross -- Fonctionnement scolaire chez les adolescents à tendances suicidaires : article soumis à la revue Apprentissage et socialisation -- en piste / par Jocelyne Provencal, Jacques Boucher, Lise Cote -- Etude des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire : article soumis à la revue Santé mentale au Québec / par Lise Cote, Jocelyne Provencal, Christine Ross -- Prience des adolescents à tendances suicidaires, un an après le dépistage : rapport de recherche / par Jocelyne Provencal [et al.]

Descripteur(s) : Comportement de l'adolescent * Suicide * Dépistage * Psychologie de l'adolescent * Caracteristiques de l'adolescent * Secondaire (Ordre d'enseignement)

Cette étude s'est inscrite dans une recherche plus large, menée entre 1985 et 1987 auprès de 2250 adolescents de 12 à 18 ans répartis dans quatre institutions publiques d'enseignement secondaire de la région Centre-Mauricie. L'objectif principal etait l'observation d'adolescents à tendances suicidaires afin de déceler l'existence de certains indices comportementaux caractéristiques susceptibles de devenir utiles pour les dépister précocement. Les observateurs (enseignants) ont utilisé une grille d'observation, puis ont été rencontrés par les responsables de la recherche. La grille comportait 65 caractéristiques se regroupant en cinq catégories: vécu temporel, vécu corporel, vécu social, vécu affectif et vécu scolaire. Les méthodes d'analyse utilisées ont été le test de comparaison chi carré et des analyses de variance (anova). Outre les caractéristiques comportementales observables chez les adolescents à tendances suicidaires, les résultats permettent de faire ressortir les différences notées en fonction de l'importance des tendances suicidaires, i.e. selon que l'adolescent dépisté se situe au début (idéation), au milieu (planification) ou à la fin (tentative) du processus suicidaire.

Type de document :

ISN: 7128

LE DEPISTAGE PRECOCE DES ADOLESCENTS SUICIDAIRES EN MILIEU SCOLAIRE: INDICES COMPORTEMENTAUX

par

JOCELYNE PRONOVOST

Université du Québec à Trois-Rivières

Rapport de recherche remis au

CONSEIL QUEBECOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE
Subvention no. RS-1230

Août 1989

TABLE DES MATIERES

Avant-propos pages I à IV

Population pages 1-2

Méthodologie d'observation pages 3-4

Grille d'observation pages 4 à 5

Résultats pages 6 à15

1) Caractéristiques différençiant les adolescents à tendances suicidaires des adolescents non suicidaires:
   A- différences entre garçons et filles à tendances suicidaires;
   B- différences entre filles à tendances suicidaires et filles non suicidaires;
   C-différences entre garçons à tendances suicidaires et garçons non suicidaires.

3) Différences en fonction de l'importance des tendances suicidaires:
   A- caractéristiques différençiant les adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) de suicide des adolescents non suicidaires;
   B- caractéristiques différençiant les adolescents suicidaires qui sont au stade de l'idéation et ceux qui sont au stade de la planification des adolescents non suicidaires;
   C- caractéristiques différençiant les adolescents suicidaires idéatifs des adolescents non suicidaires (sous-groupes idéatifs et planification réunis);
   D- indices comportementaux observés chez un nombre toujours plus grand d'adolescents dépistés compte tenu de l'importance des tendances suicidaires.

Discussion des résultats pages 15 à 18

Analyse de la grille d'observation pages 19 à 22
-Caractéristiques comportementales moins accessibles à l'observation des enseignants
-Validité de l'instrument

Grille d'observation: version finale pages 22 à 24

Annexes: -tableaux 1 à 8
-Grille d'observation des comportements: protocole utilisé par les enseignants
-Revue de la littérature

DOCUMENTS ANNEXES

ARTICLES

PRONOVOST, J.; COTE, L.; ROSS, C.(sous presse). Article soumis à la *revue* Santé mentale au Canada.

PRONOVOST, J.; BOUCHER, J. COTE, L. (sous presse). Article soumis à la revue Apprentissage et socialisation... en piste.

COTE, L.; PRONOVOST, J.; ROSS, C. (sous presse). Etude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. Article soumis à la revue Santé mentale au Québec.

RAPPORT DE RECHERCHE

RELANCE DES ADOLESCENTS À TENDANCES SUICIDAIRES, UN AN APRES LE DEPISTAGE, 12 pages.

AVANT-PROPOS

La recherche qui a fait l'objet de la présente subvention poursuivait comme principal objectif l'observation d'adolescents à tendance suicidaires afin de déceler s'il existe certains indices comportementaux qui pourraient les caractériser et qui deviendraient des indicateurs utiles pour les dépistés précocement.

Cependant, l'étude sur l'observation d'indices comportementaux prédicteurs du suicide chez des adolescents s'est inscrite dans une recherche plus large menée entre 1985 et 1989 auprès de 2850 adolescents répartis dans quatre (4) institutions publiques d'enseignement secondaire de la région Centre-Mauricie (04). Outre l'observation des indices comportementaux, la recherche effectuée comportait deux (2) autres volets, soit a) le dépistage des adolescents à tendances suicidaires, ainsi que b) l'implantation et l'animation, dans les milieux concernés, d'un programme d'intervention et de prévention du suicide. Dans chacun de ces milieux scolaires, la recherche s'est étalée globalement sur une année académique.

Dans le volet **dépistage**, nous poursuivions comme premier objectif de connaître la prévalence des comportements suicidaires dans une population générale d'adolescents de 12-18 ans. Nous visions à les dépister le plus précocement possible dans le processus suicidaire, soit dès le stade de l'idéation. Nous poursuivions également un second objectif, soit de décrire les caractéristiques particularisant les adolescents dépistés à tendances suicidaires, ceci en comparaison avec les adolescents identifiés non-suicidaires.

Vous trouverez en annexe deux articles intitulés: ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE (Pronovost, Coté, Ross, 1989) et ETUDE DES TENDANCES SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE (Côté, ; Pronovost, Ross, 1989) .Ces articles soumis pour le premier à Santé mentale au Canada et pour le deuxième

à Santé mentale au Québec, font état des résultats obtenus dans ce premier volet de la recherche.

Une autre recherche, menée parallèlement à la première, porta sur l'évaluation d'un groupe plus restreint d'adolescents (n=44) à tendances suicidaires dépistés dans un milieu scolaire (Grand-Mère). Ce groupe fut jumelé à un groupe contrôle dans le but de comparer le fonctionnement scolaire en référence aux variables suivantes: rendement académique, problèmes de comportements à l'école, et l'utilisation des ressources d'aide. Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'un autre article intitulé: FONCTIONNEMENT SCOLAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRES (Pronovost, Boucher, Côté, 1989), soumis à la revue Apprentissage et Socialisation...en piste, dont une copie vous est annexée.

Le dernier volet (**intervention**) impliquait un professionnel du Service de Prévention Suicide qui, conséquemment aux résultats du dépistage, assumait la prise en charge et le suivi des jeunes à risque suicidaire (intervention secondaire). Ce travail d'intervention individuelle se faisait parallèlement à l'implantation et à l'animation d'un programme de prévention du suicide dans l'école (intervention primaire). Ce programme consistait principalement en l'information et la sensibilisation du milieu en rapport avec la problématique du suicide chez les jeunes (documentation, conférences, rencontres des étudiants/ enseignants/professionnels non-enseignants/comité d'école/ direction/ parents), ainsi qu'à la formation d'un noyau d'adultes intéressés à intervenir dans le milieu (enseignants, professionnels).

Chacun des quatre milieux scolaires ayant participé à la recherche a reçu, dans l'année suivant l'expérimentation, un rapport détaillé couvrant la description et les résultats des trois volets de la recherche (dépistage, observation des indices comportementaux, et programme intervention). Il va sans dire que ces milieux avaient été retenus de par l'intérêt qu'ils manifestaient au point de départ pour la recherche, et la qualité de l'implication de l'ensemble des

intervenants a permis la réalisation qualitative de l'ensemble du projet. Nous n'avons pas ici inclus de copie de ces rapports, le tout étant assez volumineux, mais il nous ferait plaisir de vous en faire suivre, si jamais vous le désiriez.

Dans la formulation initiale de la demande de subvention au CQRS[1], outre le volet principal de la recherche sur l'identification des indices comportementaux, nous nous proposions également de réévaluer, après un an, l'évolution des tendances suicidaires chez les adolescents dépistés ainsi que la prévalence des indices comportementaux prédicteurs du suicide. Nous avons effectivement procédé,un an après le dépistage et ce dans deux milieux scolaires, à la relance d'adolescents à tendances suicidaires, ainsi qu'à la relance d'adolescents qui ne présentaient pas de tendances suicidaires au moment de l'évaluation. Un rapport intitulé: RELANCE DES ADOLESCENTS À TENDANCES SUICIDAIRES, UN AN APRES LE DEPISTAGE vous est annexé. Cependant, il ne nous a pas été possible de réévaluer ces sujets au plan des indices comportementaux (phase 2), les milieux

---

[1] Objectifs et retombées (demande CQRS, 1987)
La présente recherche poursuit comme objectif principal l'observation d'adolescents à tendances suicidaires afin de déceler s'il existe certains indices comportementaux qui pourraient les caractériser. L'identification de tels indices favoriserait le dépistage précoce des adolescents à tendances suicidaires par les adultes qui les côtoient quotidiennement.
Un second objectif est d'évaluer, après un an, l'évolution du potentiel suicidaire chez les adolescents dépistés ainsi que la prévalence des indices comportementaux prédicteurs du suicide.

Méthodologie
La présente recherche comporte trois opérations soit le dépistage, l'observation (phase I) et l'évaluation, après un an, des candidats à tendances suicidaires (phase II). Pour le dépistage, tous les élèves de la polyvalente choisie seront évalués par groupes- classes, à l'aide d'un questionnaire que chaque adolescent est invité à remplir (annexe I). Les candidats à risque suicidaire alors dépistés seront par la suite observés en comparaison à un groupe contrôle; les professeurs-titulaires de ces élèves seront sollicités comme observateurs et rempliront une grille d'observation d'indices comportementaux élaborée à cette fin (annexe II). Après un an, les adolescents dépistés lors de la phase I seront rencontrés individuellement en entrevue par un membre de l'équipe de recherche. Une vérification sera faite, partant du questionnaire de dépistage, pour situer l'adolescent par rapport à l'évaluation antérieure. Ces mêmes jeunes seront à nouveau observés par leurs titulaires qui auront à remplir la grille d'observation (annexe II) conformément à la méthodologie d'observation prévue à la phase I.

scolaires trouvant que les enseignants, étant les observateurs prévus pour la cueillette de ces données, avaient déja été suffisamment sollicités lors de la phase initiale de l'expérimentation sur l'observation des indices comportementaux. Evidemment, l'étude de ces données aurait certes été intéressante, mais les résultats obtenus en relation avec l'observation des indices comportementaux (phase 1) nous fournit déja une quantité importante d'information sur la nature des caractéristiques comportementales observables chez les adolescents à tendances suicidaires. Les résultats nous permettent également de ressortir les différences notées en relation avec l'importance des tendances suicidaires, i.e. selon que l'adolescent dépisté se situe au début, au milieu, ou à la fin du processus suicidaire. Ces derniers résultats, sans toutefois se comparer à ceux d'une étude longitudinale, nous permettent de suivre le profil des indices comportementaux dans l'évolution du processus suicidaire.

Je voudrais également faire remarque au CQRS que, comparativement au projet initial de recherche qui devait être réalisé dans un milieu scolaire secondaire de la région de Trois-Rivières, ce rapport de recherche expose:
A) **les résultats du dépistage des adolescents à tendances suicidaires** dans quatre milieux scolaires secondaires de la région 04 (Shawinigan, Grand-Mère, Trois-Rivières et Louiseville); B) **les données de l'observation des indices comportementaux** réalisée dans trois de ces milieux scolaires (le premier, soit Shawinigan ayant servi à la pré-expérimentation); et C) **les résultats de la relance** qui a été effectuée dans deux écoles (Trois-Rivières et Louiseville). Donc, notre expérimentation a couvert une population beaucoup plus large que celle anticipée au moment de la demande de subvention, et nous avons tenu à rédiger notre rapport final en présentant l'ensemble de ces résultats qui sont d'autant plus fiables et généralisables.

INDICES COMPORTEMENTAUX PREDICTEURS DU SUICIDE CHEZ DES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRES

POPULATION

Suite à l'opération "dépistage" réalisée auprès de 2850 élèves de quatre milieux scolaires secondaires de la région Centre-Mauricie (voir l'article annexé: ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE (Pronovost, Coté, Ross, 1989), nous avons constitué un groupe expérimental, composé des adolescents à risque suicidaire, que nous avons observés parallèlement à un groupe contrôle composé d'adolescents comparables ne présentant pas de tendances suicidaires. Ces jeunes étaient inscrits au programme d'enseignement régulier. Sauf une dizaine, ils étaient unilingues francophones et de race blanche.

Pour être retenus, les jeunes devaient affirmer avoir déja pensé sérieusement au suicide et avoir donné des spécifications quant au moment et à la durée de leurs idées suicidaires. Les adolescents suicidaires sélectionnés se répartissaient en trois (3) sous-groupes de dépistés: ils devaient tout au moins avoir des idéations suicidaires sérieuses et encore actuelles (groupe "idéatifs"), et/ou avoir planifié des moyens précis et dangereux de suicide ("groupe planification"), et/ou avoir fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide (groupe "tentative").

Trois écoles polyvalentes de la région 04 ont participé à cette expérimentation: la polyvalente Du Rocher de Grand-Mère, Ste-Ursule de Trois-Rivières et l'Escale de Louiseville; les deux premières écoles sont en milieu urbain, alors que la troisième dessert une population majoritairement rurale. Un total de 453 étudiants ont été retenus pour l'observation, dont 227 d'entre eux qui présentaient un potentiel suicidaire certain et qui ont été jumelés à 226 autres jeunes des mêmes âge, sexe et degré scolaire, ces derniers ne présentant pas de tendances suicidaires au moment de l'évaluation. Tous les professeurs des niveaux

I,II,III,IV et V du programme secondaire régulier ont été sollicités. Un total de 403 grilles d'observation nous ont été retournées et sur ce nombre, nous avons dû en rejeter 50, soit qu'elles étaient incomplètes ou n'étaient pas remplies conformément à la procédure. Donc, notre étude des indices comportementaux porte sur la compilation des résultats de 312 grilles d'observation. Notre population d'étude se distribue de la façon suivante:

Adolescents à tendances suicidaires	Total= 156 Filles= 87 Garçons= 69
Adolescents non-suicidaires	Total= 156 Filles= 83 Garçons= 73

Le groupe des adolescents dépistés à tendances suicidaires se subdivise en trois (3) sous-groupes compte tenu de l'évaluation du potentiel suicidaire:

	total	Filles		Garçons	
		N	%	N	%
Idéatifs	N=39	22	(25%)	17	(25%)
Planification	N=72	33	(38%)	39	(56%)
Tentative	N=45	32	(37%)	13	(19%)

Nous remarquons ici que deux fois plus de filles que de garçons ont réalisé une ou plusieurs tentative(s) de suicide.

METHODOLOGIE D'OBSERVATION

Puisque notre objectif d'observation consistait à vérifier la présence de caractéristiques comportementales distinctes des adolescents à tendances suicidaires par rapport aux autres, il nous semblait important que l'utilisation de la grille d'observation soit faite par des personnes qui côtoient quotidiennement les observés dans leur vécu scolaire. Nous avons donc sollicité les titulaires de classes des adolescents composant nos groupes expérimental et contrôle.

Nous leur demandions de remplir, pour un certain nombre d'élèves désignés (3 ou 4 par observateur), la grille d'observation que nous avions élaborée à cette fin. Nous demandions aux répondants de cocher parmi les caractéristiques listées, celles dont la présence était manifeste dans le comportement des sujets à observer, et de se prononcer sur la fréquence d'apparition des comportements (occasionnellement, la moitié du temps, la plupart du temps ou toujours).

Chaque grille prend habituellement, pour être complétée, une durée de 15 minutes. Les observateurs ont été rencontrés d'abord par groupes (niveaux scolaires) par les responsables de la recherche qui leur ont présenté la grille d'observation et les procédures associées à son utilisation. La grille d'observation leur a été remise individuellement par la suite, ainsi que le nom des étudiants que chacun devait observer. Un délai de trois (3) semaines leur a été accordé pour compléter les documents.

Comme nous l'avions fait lors de la passation des questionnaires de dépistage, nous n'abordions pas directement le sujet du suicide avec les observateurs. La grille d'observation leur était présentée comme l'objet d'une recherche universitaire visant à connaître les perceptions qu'ont les enseignants des besoins et des difficultés vécues par les jeunes, à partir des manifestations comportementales de ces derniers à l'école. Pour cette phase d'observation, les noms des sujets des deux groupes (contrôle et expérimental) étaient placés pêle-mêle sur une liste, les observateurs devant ignorer s'ils observaient des adolescents à risque suicidaire ou

non. Les réponses des observateurs ont été traitées en toute confidentialité.

GRILLE D'OBSERVATION

La grille d'observation a été élaborée a partir d'une recension des écrits sur l'adolescent suicidaire en tentant de dégager les caractéristiques comportementales décrites. Ces caractéristiques ont d'abord été regroupées en trois catégories en référence à Quidu (1970) qui parle de syndrome pré-suicidaire chez l'adolescent en le définissant par:

- une altération du vécu temporel
- une altération des relations avec l'environnement (social)
- une altération du vécu corporel.

Notre revue de la littérature (voir REVUE DE LA LITTERATURE ANNEXEE) nous a amené à compléter ces catégories avec des caractéristiques reliées au vécu affectif et au vécu scolaire de l'adolescent, ce qui nous donne alors un regoupement des indices comportementaux en cinq (5) catégories.

La grille d'observation finale comporte 85 caractéristiques qui se répartissent comme suit:

- vécu temporel (11 caractéristiques)
- vécu corporel (14 caractéristiques)
- vécu social (25 caractéristiques)
- vécu affectif (24 caractéristiques)
- vécu scolaire (11 caractéristiques

GRILLE D'OBSERVATION: Caractéristiques observables

A) VECU TEMPOREL	1.	Absentéisme
	2.	Retards
	3.	Trouve le temps long
	4.	Manque de persévérance, de ténacité
	5.	Difficulté à attendre des gratifications plus lointaines
	6.	Impatience

7. Remet à demain
8. Ne retient du passé que les événements pénibles
9. Absence de but ou d'orientation futurs
10. Perte d'espérance dans le futur
11. Parle de la mort comme réversible, non dangereuse
12. Autres...

B) VECU CORPOREL

13. Négligence de l'hygiène personnelle (corps, vêtements)
14. Usage régulier/ou excessif/ou augmentation de la consommation d'alcool, drogues, médicaments, tabac
15. Mauvaise santé, maladie, hospitalisation
16. Consulte le médecin ou l'infirmière
17. Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
18. Troubles de l'alimentation (inappétence ou boulimie compulsive)
19. Perte de poids
20. Se plaint de maux divers (céphalées, gastro-intestinaux, menstruels, tachycardie, problèmes dermatologiques)
21. Se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité
22. Hypomotilité, passivité
23. Hyperactivité, agitation
24. Auto-mutilation ou accidents répétés
25. Se plaint d'être physiquement agressé
26. Problèmes sexuels (viol, grossesse, inceste, homosexualité, impuissance, promiscuité sexuelle compulsive...)
27. Autres...

C) VECU SOCIAL

28. S'isole, se tient à l'écart
29. Rompt des relations significatives (amitiés,amoureuses)
30. Conflits sentimentaux
31. Attend que les autres viennent à lui, passif dans ses relations
32. S'exprime peu, communique peu
33. Se sent seul
34. Incapable de rester seul
35. En quête d'amis nouveaux
36. Conflits avec les amis, les camarades
37. Les contacts restent superficiels
38. Investit massivement une seule relation d'amitié ou d'amour (au détriment des liens déjà créés)
39. Dépendance des figures adultes
40. A peu d'amis
41. Refuse l'aide, le contact
42. Mode de contact agressif avec l'entourage
43. Conduites antisociales, délinquance
44. Parle négativement de sa famille
45. Conflits familiaux
46. Peu d'implication des parents, laissé à lui-même
47. Absence d'un des parents, séparation
48. Tentatives de suicide dans l'entourage
49. Exigences parentales trop sévères
50. Difficultés financières dans la famille
51. Alcoolisme d'un ou des parents
52. Vit en dehors de sa famille (institution, famille d'accueil...)
53. Autres...

D) VECU AFFECTIF	54.	Culpabilité, se sent fautif
	55.	Se trouve mauvais(e), se dévalorise
	56.	Anxiété, angoisse
	57.	Facilement découragé
	58.	Sentiment d'ennui
	59.	Tristesse
	60.	Pleure souvent
	61.	Irritabilité
	62.	Agressivité
	63.	Colère
	64.	Changements brusques du comportement ou de la personnalité
	65.	Sautes d'humeur, impulsivité
	66.	Facilement préoccupé, inquiet
	67.	Désespéré, découragé
	68.	Se dit incompris, rejeté, indésiré
	69.	Pessimiste
	70.	Peu dynamisme, abattu
	71.	Conduite trop sage, conformisme
	72.	Obsessions, phobies
	73.	Pense à la mort
	74.	Parle de suicide ou de départ
	75.	Menace son entourage de s'enlever la vie
	76.	Dons d'objets personnels
	77.	Lettres d'adieu
	78.	Autres...
E) VECU SCOLAIRE	79.	Faibles résultats scolaires
	80.	Echec(s)
	81.	Baisse du rendement scolaire
	82.	Peu d'intérêt et de participation aux cours
	83.	Peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et parascolaires
	84.	Difficultés d'attention et de concentration en classe
	85.	Problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme, opposition, indiscipline...
	86.	Peur de l'échec
	87.	Changements fréquents d'écoles
	88.	Menace de laisser l'école
	89.	Autres

RESULTATS

Les méthodes d'analyse utilisées consistent principalement en l'utilisation du test de comparaison chi carré pour déterminer les items qui différencient les sujets du groupe expérimental de ceux du groupe contrôle, ainsi que pour analyser les différences entre les sexes. Des analyses de variance (anova) ont été effectuées pour comparer entre eux

chacun de nos quatre sous-groupes d'adolescents composant notre population d'étude (les trois sous-groupes expérimentaux et le groupe contrôle).

Il ne nous a pas été possible de tenir compte de la fréquence d'apparition des comportements observés, puisque peu d'observateurs ont complété, dans le questionnaire, les cases allouées à cette évaluation. De même, nous ne nous attarderons pas à présenter dans ce rapport les résultats des analyses effectuées pour comparer les sujets en regard des différentes écoles (Grand-Mère, Ste-Ursule et Louiseville) et des deux différents milieux (urbain et rural). Aucune différence suffisamment importante ne ressort en effet de ces analyses.

1) CARACTERISTIQUES DIFFERENCIANT LES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRE DES ADOLESCENTS NON SUICIDAIRES

Si nous analysons la grille d'observation item par item (chi carré), sur les 85 caractéristiques listées, **vingt sept (27)** d'entre elles différencient de façon significative les adolescents à tendances suicidaires des adolescents non suicidaires. Les résultats détaillés des analyses statistiques sont présentés en annexe au tableau 1.

VECU TEMPOREL
- absentéisme
- retards
- trouve le temps long
- remet à demain
- manque de persévérance, de tenacité
- difficulté à attendre des gratifications plus lointaines

VECU CORPOREL
- mauvaise santé, maladie, hospitalisation
- consulte le médecin ou l'infirmière
- hypomotilité, passivité

VECU SOCIAL
- en quête d'amis nouveaux
- dépendance des figures adultes
- refuse l'aide, le contact
- mode de contact agressif avec l'entourage
- *rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)
- *conflits familiaux

VECU AFFECTIF
- irritabilité
- agressivité
- colère
- changements brusques du comportement ou de la personnalité
- sautes d'humeur, impulsivité

VECU SCOLAIRE
- faibles résultats scolaires
- échecs
- baisse du rendement scolaire
- * peu d'intérêt et de participation aux cours
- peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et parascolaires
- difficultés d'attention et de concentration en classe
- problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme, opposition, indiscipline

* Les analyses ont d'abord été calculées à partir de l'ensemble des cotes émises par les observateurs (oui/non/je ne sais pas). En refaisant l'analyse des items en ne tenant compte cette fois que des cotations "oui" et "non", i.e. celles des observateurs qui ont été capables de se prononcer sur la présence ou l'absence des caractéristiques listées, de façon générale les seuils de probabilité augmentent sensiblement pour les items listés et les deux (2) caractéristiques suivantes du vécu social se sont ajoutées: rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses) et conflits familiaux (voir tableau 1 annexé).

2) DIFFERENCES ENTRE LES SEXES

A- Différences entre GARCONS et FILLES à tendances suicidaires

Dans l'ensemble, les caractéristiques différenciant les adolescents à tendances suicidaires des non suicidaires s'appliquent tout aussi bien aux garçons qu'aux filles. Cependant cinq (5) items particularisent un plus

grand nombre de garçons à tendances suicidaires et les distinguent de façon significative de leurs consoeurs. Nous devons noter qu'aucune différence significative n'apparaît pour ces cinq items entre les filles et les garçons non suicidaires (groupe contrôle). Les résultats détaillés des analyses sont présentés en annexe aux tableaux 2A et 2B.

TEMP. 4 - Manque de persévérance, de tenacité
SCOL. 79 - Faibles résultats scolaires
SCOL. 80 - Echecs
SCOL. 82 - Peu d'intérêt et de participation aux cours
SCOL. 84 - Difficultés d'attention et de concentration en classe.

B- Différences entre FILLES à tendances suicidaires et FILLES non suicidaires

Neuf (9) caractéristiques comportementales particularisent de façon significative les adolescentes à tendances suicidaires en comparaison à leurs consoeurs non suicidaires. Les résultats détaillés sont présentés au tableau 4 annexé.

TEMP. 6 - impatience
CORP.15 - Mauvaise santé, maladie, hospitalisation
CORP.16 - Consulte le médecin ou l'infirmière
CORP.22 - Hypomotilité, passivité
AFF. 61 - Irritabilité
SCOL.79 - Faibles résultats scolaires
SCOL.82 - Peu d'intérêt et de participation aux cours
SCOL.85 - Problèmes de comportement à l'école
SCOL.86 - Peur de l'échec

C- Différences entre GARCONS à tendances suicidaires et GARCONS non suicidaires

Dix (10) items caractérisent de façon significative le comportement des jeunes à tendances suicidaires en comparaison des autres garçons non-

suicidaires. Les résultats détaillés des analyses sont décrits en annexe au tableau 4.

AFF. 61 - Irritabilité
AFF. 63 - Colère
AFF. 64 - Changements brusques du comportement et de la personnalité
AFF. 65 - Sautes d'humeur, impulsivité
AFF. 68 - Se dit incompris, rejeté, indésiré
SCOL 79 - Faibles résultats scolaires
SCOL 80 - Echec(s)
SCOL 81 - Baisse de rendement scolaire
SCOL 82 - Peu d'intérêt et de participation aux cours
SCOL 83 - Peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et para-scolaires.

3) DIFFERENCES EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DES TENDANCES SUICIDAIRES

A- Caractéristiques différenciant les adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) de suicide des adolescents non suicidaires

La liste des 27 items caractérisant de façon signicative les adolescents à tendances suicidaires est également significative si on prend isolément le sous-groupe des adolescents dépistés le plus à risque suicidaire, soit ceux ayant fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide pour le comparer aux non suicidaires. Treize(13) autres items significatifs viennent aussi s'additionner, ce qui porte à 40/85 , soit près de la moitié de la liste des items de la grille d'observation, le nombre des caractéristiques comportementales observées dans ce sous-groupe. (voir tableau 5 annexé "Différence sous-groupes vs non-suicidaires": 3 sous-groupes).

VECU TEMPOREL

- absentéisme
- retards
- trouve le temps long
- manque de persévérance, de tenacité

suicidaires. Les résultats détaillés des analyses sont décrits en annexe au tableau 4.

AFF. 61 - Irritabilité
AFF. 63 - Colère
AFF. 64 - Changements brusques du comportement et de la personnalité
AFF. 65 - Sautes d'humeur, impulsivité
AFF 68 - Se dit incompris, rejeté, indésiré
SCOL 79 - Faibles résultats scolaires
SCOL 80 - Echec(s)
SCOL 81 - Baisse de rendement scolaire
SCOL 82 - Peu d'intérêt et de participation aux cours
SCOL 83 - Peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et para-scolaires.

3) DIFFERENCES EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DES TENDANCES SUICIDAIRES

A- Caractéristiques différenciant les adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) de suicide des adolescents non suicidaires

La liste des 27 items caractérisant de façon signicative les adolescents à tendances suicidaires est également significative si on prend isolément le sous-groupe des adolescents dépistés le plus à risque suicidaire, soit ceux ayant fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide pour le comparer aux non suicidaires. Treize(13) autres items significatifs viennent s'additionner, ce qui porte à 40/85 , soit près de la moitié de la liste des items de la grille d'observation, le nombre des caractéristiques comportementales observées dans ce sous-groupe. (voir tableau 5 annexé "Différence sous-groupes vs non-suicidaires": 3 sous-groupes).

VECU TEMPOREL

- absentéisme
- retards
- trouve le temps long
- manque de persévérance, de tenacité

- difficulté à attendre des gratifications plus lointaines
- remet à demain
- **ne retient du passé que les évènements pénibles**
- **absence de but ou d'orientation futurs**

VECU CORPOREL

- mauvaise santé, maladie, hospitalisation
- consulte le médecin ou l'infirmière
- hypomotilité, passivité
- **se plaint de maux divers**
- **se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité**
- **se plaint d'être physiquement agressé**

VECU SOCIAL

- en quête d'amis nouveaux
- dépendance des figures adultes
- refuse l'aide, le contact
- mode de contact agressif avec l'entourage
- rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)
- conflits familiaux
- **conflits avec les amis, les camarades**
- **conduites asociales, délinquance**

VECU AFFECTIF

- irritabilité
- **agressivité**
- colère
- changements brusques du comportement ou de la personnalité
- sautes d'humeur, impulsivité
- **culpabilité, se sent fautif**
- **se dit incompris, rejeté, indésiré**
- **pessimiste**

VECU SCOLAIRE

- faibles résultats scolaires
- échecs
- baisse du rendement scolaire
- peu d'intérêt et de participation aux cours

- difficulté à attendre des gratifications plus lointaines
- remet à demain
- **ne retient du passé que les événements pénibles**
- **absence de but ou d'orientation futurs**

VECU CORPOREL

- mauvaise santé, maladie, hospitalisation
- consulte le médecin ou l'infirmière
- hypomotilité, passivité
- **se plaint de maux divers**
- **se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité**
- **se plaint d'être physiquement agressé**

VECU SOCIAL

- en quête d'amis nouveaux
- dépendance des figures adultes
- refuse l'aide, le contact
- mode de contact agressif avec l'entourage
- rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)
- conflits familiaux
- **conflits avec les amis, les camarades**
- **conduites asociales, délinquance**

VECU AFFECTIF

- irritabilité
- **agressivité**
- colère
- changements brusques du comportement ou de la personnalité
- sautes d'humeur, impulsivité
- **culpabilité, se sent fautif**
- **se dit incompris, rejeté, indésiré**
- **pessimiste**

VECU SCOLAIRE

- faibles résultats scolaires
- échecs
- baisse du rendement scolaire
- peu d'intérêt et de participation aux cours

- peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et parascolaires
- difficultés d'attention et de concentration en classe
- problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme opposition, indiscipline
- **changements fréquents d'école**
- **menace de laisser l'école**

B-Caractéristiques différençiant les adolescents suicidaires qui sont au stade de l'idéation et ceux qui sont au stade de la planification des adolescents non suicidaires

Si nous regardons maintenant nos deux (2) autres sous-groupes soient les **idéatifs** et ceux qui sont au stade de la **planification de moyens** de suicide, certaines caractéristiques comportementales obtiennent une fréquence suffisamment élevée pour que ces sous-groupes, pris séparément, se distinguent significativement du groupe des non-suicidaires (voir tableau 5 annexé "Différence sous-groupes vs non-suicidaires": 3 sous-groupes).

IDEATIFS VS NON SUICIDAIRES (9 caractéristiques)

temp. 2 Retards

temp. 3 Trouve le temps long

temp. 8 Ne retient du passé que les évènements pénibles

corp. 15 Mauvaise santé, maladie, hospitalisation

soc. 29 Rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)

soc. 39 Dépendance des figures adultes

soc. 42 Mode de contact agressif avec l'entourage

aff. 61 Irritabilité

scol. 81 Baisse de rendement scolaire

PLANIFICATION VS NON SUICIDAIRES (6 caractéristiques)

cor. 22 Hypomotilité, passivité

aff. 61 Irritabilité

aff. 64 Changements brusques du comportement ou de la personnalité

scol. 79 Faibles résultats scolaires

scol. 80 Echecs

scol. 82 Peu d'intérêt et de participation aux cours

C- Caractéristiques différençiant les adolescents suicidaires idéatifs des adolescents non-suicidaires (sous-groupes idéatifs et planification réunis)

Bien que certaines caractéristiques distinguent de façon spécifique les adolescents du sous-groupe **idéatifs** et ceux du sous-groupe **planification** de ceux du groupe contrôle, l'analyse des résultats nous amène à constater que ces deux sous-groupes obtiennent le plus souvent des **moyennes comparables de cotations positives** pour l'ensemble des caractéristiques comportementales composant chacune des cinq catégories d'items (voir tableau 6 annexé).

Nous avons donc refait les analyses en jumelant ces deux sous-groupes que nous nommons **"idéatifs"** afin de le comparer au sous-groupe "tentative" et au groupe contrôle. (voir tableau 5 annexé: "Différences sous-groupes vs non suicidaires": 2 sous-groupes). Nous avons relevé les 11 items suivants:

temp. 4 Manque de persévérance, de tenacité

cor. 22 Hypomotilité, passivité

soc. 35 En quête d'amis nouveaux

soc. 39 Dépendance des figures adultes

soc. 42 Mode de contact agressif avec l'entourage

aff. 61 Irritabilité

aff. 63 Colère

aff. 64 Changements brusques du comportement ou de la personnalité

scol. 79 Faibles résultats scolaires

scol. 80 Echecs

scol. 82 Peu d'intérêt et de participation aux cours

D- INDICES COMPORTEMENTAUX OBSERVES CHEZ UN NOMBRE TOUJOURS PLUS GRAND D'ADOLESCENTS DEPISTES COMPTE TENU DE L'IMPORTANCE DES TENDANCES SUICIDAIRES (idéatifs / planification / tentatives)

Si nous analysons les items étant présents de façon significative dans chacun des trois sous-groupes d'adolescents à tendances suicidaires, nous observons des différences dans les fréquences des cotations positives obtenues. Pour 18 de ces items, les différences vont dans le sens d'une augmentation des fréquences à mesure qu'augmente le potentiel suicidaire (stade idéatif, stade de la planification et stade de la tentative); elles témoignent d'une amplification des comportements en regard de l'importance des tendances suicidaires. Les différences entre les sous-groupes ne sont pas toujours statistiquement significatives (elles le sont pour 9 items inscrits en caractères gras), mais le nombre des adolescents présentant ces caractéristiques est en tout temps supérieur à celui noté chez les adolescents non-suicidaires. (voir tableau 7 annexé).

temp. 4 - **Manque de persévérance, de tenacité**
temp. 5 - **Difficulté à attendre des gratifications plus lointaines**
temp. 6 - Impatience
temp. 9 - Absence de but ou d'orientation futurs
corp. 13 - Négligence de l'hygiène corporelle

corp. 14 - Usage régulier ou excessif d'alcool,drogues, médicaments, tabac
corp. 22 - **Hypomotilité, passivité**
soc. 41 - **Refuse l'aide, le contact**
soc. 46 - Peu d'implication des parents, laissé à lui-même
soc. 44 - Parle négativement de sa famille
aff. 64 - **Changements brusques du comportement ou de la personnalité**
aff. 66 - Facilement préoccupé, inquiet
aff. 67 - Désespéré, découragé
scol. 79 - **Faibles résultats scolaires**
scol. 80 - **Echecs**
scol. 82 - **Peu d'intérêt et de participation aux cours**
scol. 84 - **Difficultés d'attention et de concentration en classe**
scol. 88 - Menace de laisser l'école

DISCUSSION DES RESULTATS

Si nous regardons les caractéristiques qui ont été observées par les enseignants chez un nombre significativement plus grand d'adolescents présentant des tendances suicidaires, ces dernières se rapportent globalement à trois catégories de symptômes différents. Des symptômes dépressifs sont observés tels qu'un manque d'élan vital, somatisation, dépendance, irritabilité, hypomotilité et passivité. On remarque aussi des différences au niveau du comportement en ce sens que ces jeunes expriment leurs émotions d'une façon moins adaptée que les adolescents non suicidaires (irritabilité, colère, changements brusques de la personnalité, impulsivité, mode de contact agressif avec l'entourage, problèmes de comportement à l'école). L'adolescent à tendances suicidaires présente aussi une faible capacité de délai (trouve le temps long, manque de persévérance, difficulté à attendre des gratifications plus lointaines, impatience), ainsi qu'un manque de motivation face à

l'avenir qui se manifeste par l'adoption de comportements irresponsables (absentéisme, retards, peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et parascolaires). Ces comportements entraînent pour la majorité des cas un affaiblissement du rendement scolaire et des échecs.

Les analyses effectuées en regard du sexe révèlent que les garçons à tendances suicidaires affichent davantage de problèmes de fonctionnement scolaire que les autres garçons, et également plus de problèmes que leurs consoeurs dépistées. Ces dernières, par contre, démontrent davantage de problèmes scolaires et de problèmes de santé que les adolescentes non suicidaires.

Regardons maintenant les différences ressortant en fonction de l'importance des tendances suicidaires, ceci en regard des cinq catégories de vécu.

Le vécu temporel des adolescents à tendances suicidaires se caractérise par plus d'absentéisme et de retards à l'école; ces derniers manquent de persévérance et de ténacité face aux exigences scolaires et ont tendance à remettre à plus tard ce qu'ils doivent faire aujourd'hui. Les adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) de suicide se particularisent par le fait qu'ils ne retiennent du passé que les événements pénibles; ils ont du mal à se mettre en action dans le présent, et n'entrevoient pas le futur avec espérance.

Au plan corporel, les adolescents à tendances suicidaires semblent plus vulnérables physiquement que leurs consoeurs et confrères non suicidaires; ils consultent plus fréquemment le personnel médical pour des problèmes de santé, problèmes principalement mineurs et d'allure somatique.. Ils sont souvent décrits comme étant passifs et peu énergiques. L'adolescent ayant commis une ou plusieurs tentative(s) semble vivre plus péniblement sa condition corporelle, alors qu'il se plaint davantage de ses maux (et parfois même de sévices corporels) que les autres adolescents.

Au plan social, les observateurs semblent posséder peu d'informations sur le vécu familial des adolescents; cependant, ils remarquent plus de conflits familiaux chez les jeunes à tendances suicidaires. Egalement, ces adolescents sont décrits comme actifs dans leur quête de relations et dépendants des figures adultes. Cependant, ils ont de la difficulté à entrer en relation de façon adéquate avec autrui (refusent l'aide, le contact; mode de contact agressif avec l'entourage) et finalement, rompent les relations les plus significatives. Les adolescents du sous-groupe "tentative" sont davantage remarqués par l'augmentation des conduites asociales et délinquantes, ainsi que par les relations conflictuelles avec les amis.

Au plan affectif, les adolescents dépistés à tendances suicidaires sont fréquemment décrits comme irritables, agressifs, colériques, impulsifs, avec de brusques changements d'humeur et de comportement. Le vécu affectif des adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) est globalement chargé d'affects négatifs traduisant probablement l'angoisse, le découragement et le sentiment d'être incompris.

Sur le plan scolaire, la faiblesse des résultats académiques et de fréquents échecs sont présents chez les adolescents identifiés à tendances suicidaires. Leur intérêt à participer aux cours ainsi qu'aux activités parascolaires est faible. Aussi, les adolescents à tendances suicidaires se démarquent des autres par la mention de problèmes de comportements tels vandalisme, indiscipline et opposition à l'école. Pour les jeunes du sous-groupe "tentative", la situation scolaire semble s'aggraver au point où les changements d'écoles et des abandons scolaires sont soit effectifs ou imminents.

Bien que quelques caractéristiques sont observées de façon spécifique chez les adolescents à tendances suicidaires qui sont au stade idéatif et chez ceux qui sont au stade de la planification lorsque comparés aux non suicidaires, ces deux sous-groupes se profilent finalement de façon semblable pour l'ensemble des caractéristiques comportementales distinguant significativement l'ensemble des adolescents dépistés.

Lorsqu'ils sont regroupés , les jeunes des sous-groupes idéatifs et planification se distinguent significativement des adolescents non suicidaires par onze (11) items: manque de persévérance , de tenacité; hypomotilité, passivité; en quête d'amis nouveaux; dépendance des figures adultes; mode de contact agressif avec l'entourage; irritabilité; colère; changements brusques du comportement ou de la personnalité; faibles résultats scolaires; échecs; peu d'intérêt et de participation aux cours. A travers ces caractéristiques, nous pouvons constater que les adolescents qui sont au début du processus suicidaire ont une propension à extérioriser leur mal de vivre principalement par des manifestations de tension, par une baisse de leur rendement habituel et par une recherche de contact. Il est à noter que les deux caractéristiques du vécu social:" en quête d'amis nouveaux" et "dépendance des figures adultes" ne se retrouvent plus chez les adolescents ayant commis une ou plusieurs tentative(s) de suicide.

Nous croyons que ces onze (11) caractéristiques peuvent être considérées comme les indices comportementaux les plus fiables pour le dépistage précoce des adolescents à tendances suicidaires, soient ceux se situant dans les phases du processus suicidaire précédant la tentative.

Ces données nous permettent de constater qu'il existe un nombre important de caractéristiques comportementales qui sont directement observables dans le vécu quotidien de l'adolescent, et ce dès l'amorce du processus suicidaire, soit au stade des idéations. Nos résultats de recherche ne nous permettent pas d'inférer que les adolescents dépistés à tendances suicidaires progresseront inévitablement dans le processus suicidaire ou sont en majorité de futurs candidats au suicide. Cependant les entrevues menées auprès des jeunes dépistés, tout comme les caractéristiques comportementales observées par les enseignants, dénotent une détresse certaine chez une grande proportion de nos adolescents. La connaissance des indices comportementaux qui témoignent de la présence possible de tendances suicidaires pourra certes contribuer à ce que les parents, les pairs et les intervenants en milieu naturel amorcent le processus d'intervention.

ANALYSE DE LA GRILLE D'OBSERVATION

CARACTERISTIQUES COMPORTEMENTALES MOINS ACCESSIBLES À L'OBSERVATION DES ENSEIGNANTS

Dix-sept (17) caractéristiques recoivent un nombre élevé (50% et plus) de cotes "Je ne sais Pas", ce qui laisse supposer que les observateurs, dans l'ensemble, n'ont pas suffisamment d'informations pour évaluer ces items. Ces derniers se rapportent à des éléments du vécu personnel de l'adolescent, principalement aux habitudes de vie et aux problèmes de santé, aux difficultés familiales et à l'identification de signes avant-coureurs du suicide. Nous devons noter qu'aucune des caractéristiques du vécu scolaire n'est mentionnée dans cette liste. Nous considérons que ces items doivent être éliminés de la grille d'observation pour fin d'utilisation en milieu scolaire. Cependant, il n'est pas dit que ces caractéristiques ne pourraient pas différencier les adolescents à tendances suicidaires des adolescents non suicidaires si l'observation était effectuée par des observateurs qui auraient une plus grande connaissance du vécu personnel et familial de ces jeunes, par exemple, des intervenants psycho-sociaux ou des parents.

CATEGORIES	CARACTERISTIQUES	je ne sais pas (%)
temp. 11	Parle de la mort comme réversible, non-dangereuse	54%
corp. 14	Usage régulier ou excessif de la consommation d'alcool, drogues, médicaments, tabac	56%
corp. 16[1]	Consulte le médecin ou l'infirmière	52%
corp. 17	Troubles du sommeil	65%
corp. 18	Troubles de l'alimentation	61%
corp. 26	Problèmes sexuels	61%

[1] Cet item, malgré qu'il ait reçu un taux élevé de cotations "je ne sais pas" distingue significativement l'ensemble des adolescents à tendances sucidaires lorsqu'ils sont comparés au suicidaires. Il s'avère donc important que cette caractéristique soit maintenue dans la grille d'observation.

soc. 30	Conflits sentimentaux	54%
soc. 38	Investit massivement une seule relation d'amitié ou d'amour	51%
soc. 48	Tentative de suicide dans l'entourage	63%
soc. 49	Exigences parentales trop sévères	55%
soc. 50	Difficultés financières dans la famille	59%
soc. 51	Alcoolisme d'un ou des parents	64%
aff. 73	Pense à la mort	59%
aff. 74	Parle de suicide ou de départ	50%
aff. 75	Menace son entourage de s'enlever la vie	54%
aff. 76	Dons d'objets personnels	55%
aff. 77	Lettres d'adieu	55%

VALIDITE DE L'INSTRUMENT

A-Corrélations items/catégories et items/échelle

La grille d'observation, rappelons-le, a été l'objet d'une construction théorique où les différentes particularités ressortant de la revue de la littérature sur l'adolescent suicidaire ont été traduites en caractéristiques comportementales, caractéristiques qui ont été regroupées par la suite en cinq catégories de vécus.

Dans le but de valider le choix de ces caractéristiques ainsi que leur appartenance à une catégorie respective, nous avons procédé à des analyses de corrélations de chaque item avec le score de chacune des catégories, ainsi qu'avec le score total de l'échelle (voir résultats détaillés au tableau 8 annexé).

Ainsi, treize (13) items devraient être rejetés de la grille de par leur trop faible corrélation avec le score de leur catégorie respective et le score total de l'échelle. Ces items sont les suivants:

items	Caractéristiques	r Pearson item/catégorie	r Pearson item/échelle
temp. 1	-Absentéisme	.113	.194
corp. 18	-Troubles de l'alimentation	.159	.083
corp. 19	-Perte de poids	.083	.078
corp. 26	-Problèmes sexuels	0.000	0.000
soc. 34	-Incapable de rester seul	.205	.232
soc. 48	-Tentatives de suicide dans l'entourage	.028	-.017
soc. 50	-Difficultés financières dans la famille	.177	.095
soc. 51	-Alcoolisme d'un ou des parents	.163	.034
aff. 72	-Obsessions, phobies	.098	.078
aff. 75	-Menace son entourage de s'enlever la vie	.043	.052
aff. 76	-Dons d'objets personnels	.123	.082
aff. 77	-Lettres d'adieu	0.000	0.000
scol. 89	-Abandon scolaire	.109	.113

Nous remarquons également que, parmi les items à conserver, l'item social 42: "mode de contact agressif avec l'entourage" obtient une corrélation très élevée avec la catégorie vécu affectif. Un autre item de la catégorie vécu affectif traite également de l'agressivité: 62- "agressivité". Nous pensons que de ces deux items comparables, seul l'item 42 pourrait être retenu dans la grille d'observation parce qu'en plus de caractériser l'ensemble des adolescents à tendances suicidaires, il particularise ceux qui sont à un stade précoce du processus suicidaire (sous-groupes idéatifs et "planification" réunis), d'ou son utilité accrue pour le dépistage préventif.

B-Corrélations catégories/échelle

Nous avons également mesuré par la corrélation de Pearson quelle est la corrélation de chacune des catégories avec le score total de l'échelle (grille d'observation). Les corrélations obtenues sont des plus élevées pour toutes les catégories. Dans un second temps, nous avons recalculé les corrélations en enlevant des catégories initiales, les 13 items à rejeter

décrits précédemment . Les corrélations obtenues pour les catégories corrigées sont à peu près inchangées et tout aussi élevées. L'ensemble de ces résultats confirme donc la cohérence interne de la grille d'observation.

Catégories	catégorie/échelle initiales (r Pearson)	catégorie/échelle corrigées(r Pearson)
temporel	.866	.865
corporel	.691	.686
social	.800	.798
affectif	.901	.903
scolaire	.742	.745

GRILLE D'OBSERVATION: VERSION FINALE

La grille d'observation des indices comportementaux prédicteurs du suicide chez des adolescents en milieu scolaire pourrait être réduite à trente-neuf (39) caractéristiques par rapport au nombre initial de quatre-vingt-cinq (85) items. Suite à l'analyse des résultats présentés précédemment, les vingt sept (27) caractéristiques présentant des relations significatives avec la composante "présence des tendances suicidaires", seraient retenues, ainsi que les items s'ajoutant pour le sous-groupe d'adolescents le plus à risque, soit ceux ayant commis une ou plusieurs tentative(s). Les neuf (9) caractéristiques différencient significativement les sous-groupes d'adolescents à tendances suicidaires qui sont aux stades idéatifs, ainsi que les cinq items caractérisant une majorité de garçons à tendances suicidaires sont inclus dans ce listing. La grille d'observation réduite contiendrait finalement l'énumération des items suivants:

(Les items inscrits en caractères gras sont les 11 caractéristiques identifiées les plus fiables pour le dépistage précoce des adolescents à tendances suicidaires, alors que les mentions entre parenthèses indiquent des particularités en regard du sexe ou se rapportant aux adolescents du sous-groupe "tentative".)

VECU TEMPOREL
- absentéisme
- retards
- trouve le temps long
- **manque de persévérance, de tenacité (majorité de garçons)**
- difficulté à attendre des gratifications plus lointaines
- impatience **(tentative)**
- ne retient du passé que les évènements pénibles **(tentative)**
- absence de but ou d'orientation future **(tentative)**

VECU CORPOREL
- mauvaise santé, maladie, hospitalisation
- consulte le médecin ou l'infirmière
- **hypomotilité, passivité**
- se plaint de maux divers **(tentative)**
- se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité **(tentative)**
- se plaint d'être physiquement agressé **(tentative)**

VECU SOCIAL
- **en quête d'amis nouveaux**
- **dépendance des figures adultes**
- refuse l'aide, le contact
- **mode de contact agressif avec l'entourage**
- rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)
- conflits familiaux
- conflits avec les amis, les camarades **(tentative)**
- conduites asociales, délinquance **(tentative)**

VECU AFFECTIF
- **irritabilité**
- **colère**
- **changements brusques du comportement ou de la personnalité**
- sautes d'humeur, impulsivité
- culpabilité, se sent fautif **(tentative)**
- se dit incompris, rejeté, indésiré **(tentative)**
- pessimiste **(tentative)**

VECU SCOLAIRE
- **faibles résultats scolaires (majorité garçons)**
- **échecs (majorité de garçons)**
- baisse du rendement scolaire

- **peu d'intérêt et de participation aux cours (majorité de garçons)**
- peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et parascolaires
- difficultés d'attention et de concentration en classe (majorité de garçons)
- problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme, opposition, indiscipline
- changement fréquents d'école **(tentative)**
- menace de laisser l'école **(tentative)**

Tableau 1

Relation entre la présence des caractéristiques comportementales et le fait de présenter ou non des tendances suicidaires

* **Les items marqués d'un astérisque sont significatifs à P < .05)**

Caractéristiques		N	Oui/Non/Je ne sais pas		N	Oui/Non seulement	
			X^2	P		X^2	P
Temp.	1	312	10.789	.0045*	283	7.717	.0055*
	2		11.243	.0036*	284	9.835	.0017*
	3		8.467	.0145*	262	8.088	.0045*
	4		8.367	.0152*	277	6.794	.0091*
	5		6.787	.0124*	211	7.6154	.0058*
	6		6.554	.0377*	254	2.41	.1206
	7		8.986	.0112*	240	8.342	.0039*
	8		4.53	.1038	147	3.403	.0613
	9		1.613	.4463	170	1.562	.2114
	10		2.483	.2889	151	2.079	.1493
	11	312	2.024	.3636	140	.979	.3225
Corp.	13	312	3.478	.1757	276	2.348	.1254
	14		4.594	.1005	136	2.593	.1073
	15		8.49	.0143*	189	8.16	.0043*
	16		8.045	.0179*	149	8.033	.0046*
	17		2.264	.3224	108	1.76	.1847
	18		0.628	.7307	122	.413	.5206
	19		0.641	.7258	175	3.242E-3	.9546
	20		2.25?	.3?.1	178	2.201	.1379
	21		0.773	.6?3?	204	.??	.?.?
	22		6.235	.0?43	?.??	3	.?41*
	23		0.8	?.02	?		.?26
	24		1.01	.6035			.?5?
	25		2.054	.358	1	.	.1?72
	26	312	1.624	.2025			
Social	28	312	1.069	.5861	23	1182-3	.9733
	29		4.797	.909	160	4.241	.0372*
	30		1.331	.5139	145	.289	.5909
	31		.984	.6114	246	.677	.4107
	32		4.932	.0849	272	3.1	.0783
	33		2.591	.2737	193	2.578	.1084
	34		2.47	.2909	180	2.47	.1161
	35		7.09	.0289*	172	6.632	.01*
	36		3.768	.152	210	3.246	.0716
	37		.628	.7304	186	.575	.4482
	38		.21	.9005	152	4.329E-3	.9475
	39		8.753	.0126*	173	7.212	.0072*
	40		.824	.6623	217	.446	.5042

Social (suite)	41		7.188	.02758	213	4.405	.0301*
	42		7.63	.022*	246	6.407	.0114*
	43		5.489	.0643	222	3.25	.0714
	44		1.203	.5481	185	.871	.3506
	45		4.802	.0906	143	4.789	.0286*
	46		3.507	.1731	158	3.05	.0807
	47		.032	.984	161	.019	.8891
	48		1.419	.4918	116	.047	.8277
	49		1.305	.5208	141	.672	.4122
	50		.266	.8755	127	.146	.7019
	51		1.576	.4547	112	.185	.6671
	52	312	.397	.82	183	.067	.7965
Affectif	54	312	4.71	.0949	200	3.326	.0682
	55		.214	.8985	232	.147	.7017
	56		.502	.7779	219	.365	.546
	57		2.232	.3277	243	1.767	.1837
	58		2.216	.3303	228	1.175	.2785
	59		.952	.6212	242	.879	.3486
	60		1.943	.3785	196	1.724	.1891
	61		25.687	1.0000E-4*	238	22.292	1.0000E-4*
	62		7.178	.0276	240	4.589	.0322*
	63		6.796	.0334*	230	6.533	.0106*
	64		14.089	9.0000E-4*	245	8.638	.0033*
	65		9.247	.0098*	246	6.495	.0108*
	66		.968	.6164	225	.952	.3292
	67		2.781	.249	222	2.719	.0992
	68		3.603	.1651	205	3.588	.0582
	69		1.791	.4083	223	1.79	.1809
	70		.935	.6266	261	.349	.5547
	71		1.811	.4044	251	.813	.3673
	72		2.127	.3453	162	2.076	.1497
	73		2.906	.2339	129	2.265	.1324
	74		.366	.8329	157	.353	.5524
	75		1.4	.4967	145	1.079	.299
	76		1.747	.4175	139	1.114	.2912
	77	312	.636	.4253	139	.---	.---
Scolaire	79	312	11.669	.0029*	288	10.048	.0015*
	80		15.297	5.0000E-4*	283	13.443	2.0000E-4*
	81		8.379	.0152*	282	6.023	.0141*
	82		15.895	4.0000E-4*	294	8.45	.0037*
	83		6.782	.034*	239	6.602	.0102*
	84		9.33	.0094*	283	6.257	.0124*
	85		7.568	.0227*	235	6.729	.0095*
	86		1.366	.5052	229	.956	.3282
	87		2.504	.286	205	1.809	.1787
	88		4.243	.1198	210	3.316	.0686
	89	312	2.5	.2866	224	.919	.3378

Tableau 2A

Relation entre le sexe et la présence des caractéristiques comportementales chez les adolescents à tendances suicidaires

* **Les items marqués d'un astérisque sont significatifs à P < .05)**

Items	Cotations Oui/NonJe ne sais pas N	%	X^2	P	Cotations Oui/Non seulement N	%	X^2	P
Temp. 4	F: 27/87 M: 40/69	31.03 57.97	11.461	.0032*	F: 27/78 M: 40/64	34.62 62.5	10.969	.00009*
Scol. 79	F: 30/87 M: 36/69	34.48 52.17	6.381	.0412*	F 30/83 M: 36/64	36.14 56.25	5.904	.0151*
Scol. 80	F: 25/87 M: 31/69	28.74 44.93	8.741	.0126*	F: 25/80 M: 31/65	31.25 47.69	6.325	.0119*
Scol. 82	F: 31/87 M: 39/69	35.63 57.35	12.78	.0017*	F: 31/84 M: 39/68	36.9 57.35	12.66	.00004*
Scol. 84	F: 27/87 M: 40/69	31.03 57.97	4.398	.1190	F: 27/82 M: 40/64	32.93 62.5	4.09	.0431*

Tableau 2B

Relation entre le sexe et la présence des caractéristiques comportementales chez les adolescents à tendances non suicidaires

Items	Cotations Oui/NonJe ne sais pas N	%	X^2	P	Cotations Oui/Non seulement N	%	X^2	P
Temp. 4	F: 25/83 M: 18/73	30.12 24.66	3.018	.2211	F: 25/69 M: 18/66	33.23 27.27	1.247	.2641
Scol. 79	F: 16/83 M: 22/73	19.28 30.14	3.161	.2059	F 16/73 M: 22/68	21.92 32.35	1.947	.1629
Scol. 80	F: 12/83 M: 14/73	14.46 19.18	.977	.6135	F: 12/72 M: 14/66	16.67 21.21	.465	.4952
Scol. 82	F: 18/83 M: 24/73	21.69 32.88	2.472	.2905	F: 18/75 M: 24/67	24 35.82	2.374	.1234
Scol. 84	F: 22/83 M: 21/73	26.51 28.77	.872	.6467	F: 22/71 M: 21/66	30.99 31.82	.011	.9165

Tableau 3

Différences entre les filles à tendance suicidaire et les filles non-suicidaires quant à la présence des caractéristiques comportementales

* **Les items marqués d'un astérisque sont significatifs à P < .05)**

Items		N(170)	%	X^2	P
Temp. 6	Suicidaires Non-suicidaires	26/87 19/83	29.89 22.89	6.651	.036*
Corp. 15	Suicidaires Non-suicidaires	11/87 1/83	12.64	8.477	.0144*
Corp. 16	Suicidaires Non-suicidaires	10/87 1/83	11.49 1.2	7.52	.0233*
Corp. 22	Suicidaires Non-suicidaires	22/87 11/83	25.29 13.25	7.268	.0264*
Aff. 61	Suicidaires Non-suicidaires	23/87 7/83	26.44 8.43	10.132	.0063*
Scol. 79	Suicidaires Non-suicidaires	30/87 16/83	34.48 19.28	6.887	.0319*
Scol. 82	Suicidaires Non-suicidaires	31/87 18/83	35.63 21.69	5.776	.0557*
Scol. 85	Suicidaires Non-suicidaires	8/87 1/83	9.2 1.2	5.944	.0512*
Scol. 86	Suicidaires Non-suicidaires	9/87 21/83	10.34 25.3	6.556	.0377*

Tableau 3

Différences entre les filles à tendance suicidaire et les filles non-suicidaires quant à la présence des caractéristiques comportementales

* **Les items marqués d'un astérisque sont significatifs à $P < .05$)**

Items		N(170)	%	χ^2	P
Temp. 6	Suicidaires Non-suicidaires	26/87 19/83	29 89 22.89	6.651	.036*
Corp. 15	Suicidaires Non-suicidaires	11/87 1/83	12.64	8.477	.0144*
Corp. 16	Suicidaires Non-suicidaires	10/87 1/83	11.49 1.2	7.52	.0233*
Corp. 22	Suicidaires Non-suicidaires	22/87 11/83	25.29 13.25	7.268	.0264*
Aff. 61	Suicidaires Non-suicidaires	23/87 7/83	26.44 8.43	10.132	.0063*
Scol. 79	Suicidaires Non-suicidaires	30/87 16/83	34.48 19.28	6.887	.0319*
Scol. 82	Suicidaires Non-suicidaires	31/87 18/83	35.63 21.69	5.776	.0557*
Scol. 85	Suicidaires Non-suicidaires	8/87 1/83	9.2 1.2	5.944	.0512*
Scol. 86	Suicidaires Non-suicidaires	9/87 21/83	10.34 25.3	6.556	.0377*

Tableau 4

Différences entre les garçons à tendance suicidaire et les garçons non-suicidaires quant à la présence des caractéristiques comportementales

* **Les items marqués d'un astérisque sont significatifs à P < .05)**

Items		N(142)	%	X^2	P
Aff. 61	Suicidaires	17/69	24.64	17.379	.0002*
	Non-suicidaires	1/73	1.37		
Aff. 63	Suicidaires	8/69	11.59	9.012	.011*
	Non-suicidaires	0/73			
Aff. 64	Suicidaires	13/69	18.84	10.417	.0055*
	Non-suicidaires	2/73	2.74		
Aff. 65	Suicidaires	15/69	21.74	8.184	.0167*
	Non-suicidaires	4/73	5.48		
Aff. 68	Suicidaires	14/69	20.29	6.515	.0385*
	Non-suicidaires	5/73	6.85		
Scol. 79	Suicidaires	36/69	52.17	7.651	.0218*
	Non-suicidaires	22/73	30.14		
Scol. 80	Suicidaires	31/69	44.93	10.904	.0043*
	Non-suicidaires	14/73	19.18		
Scol. 81	Suicidaires	19/69	27.54	6.383	.0411*
	Non-suicidaires	8/73	10.96		
Scol. 82	Suicidaires	39/69	57.35	12.132	.0023*
	Non-suicidaires	24/73	32.88		
Scol. 83	Suicidaires	21/69	30.43	8.402	.015*
	Non-suicidaires	8/73	10.96		

Tableau 5

Compilation des caractéristiques différenciant l'ensemble des adolescents à tendances suicidaires (chi carré), ainsi que chacun des sous-groupes de dépistés (anova), des adolescents non suicidaires

A) VECU TEMPOREL

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires)*	3 sous-groupes	2 sous-groupes
			Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01^{*}$ $p = 0,05^{**}$	
1. Absentéisme	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
2. Retards	OUI	NS	IDEA.** TENT.**	TENT.**
3. Trouve le temps long	OUI	NS	IDEA.* TENT.**	TENT.**
4. Manque de persévérance, de ténacité	OUI	MASC:58% FEM :31%	TENT.**	TENT.** IDEA.*
5. Difficulté à attendre des gratifications plus lointaines	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
6. Impatience	NS	NS	N.S.	TENT.*
7. Remet à demain	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
8. Ne retient du passé que les événements pénibles	NS	NS	IDEA.** TENT.**	TENT.**
9. Absence de but ou d'orientation futurs	NS	NS	NS	TENT.**
10. Perte d'espérance dans le futur	NS	NS	NS	NS
11. Parle de la mort comme réversible, non-dangereuse	NS	NS	NS	NS
12. Autres ...	NIL	NIL	NIL	NIL

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

B) VECU CORPOREL

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires)	3 sous-groupes	2 sous-groupes
			Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01$* $p = 0,05$**	
13. Négligence de l'hygiène personnelle (corps, vêtements)	NS	M: 19% F: 6%	NS	NS
14. Usage régulier/ou excessif/ ou augmentation de la consommation d'alcool, drogues, médicaments, tabac	NS	NS	NS	NS
15. [illegible] santé, maladie, [illegible]isation	OUI	NS	IDEA.* TENT.**	TENT.**
16. Consulte le médecin ou l'infirmière	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
17. Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)	NS	NS	NS	NS
18. Troubles de l'alimentation (inappétence ou boulimie compulsive)	NS	NS	NS	NS
19. Perte de poids	NS	NS	NS	NS
20. Se plaint de maux divers (céphalées, gastro-intestinaux, menstruels, tachycardie, problèmes dermatologiques)	NS	NS	TENT.**	TENT.**
21. Se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité	NS	NS	NS	TENT.*
22. Hypoactivité, passivité	OUI	NS	MOY.* TENT.*	IDEA.* TENT.*

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

B) VECU CORPOREL ...

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires) *	3 sous-groupes	2 sous-groupes
			Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01$** $p = 0,05$*	
23. Hyperactivité, agitation	NS	M: 33% F: 8%	NS	NS
24. Auto-mutilation ou accidents répétés	NS	NS	NS	NS
25. Se plaint d'être physiquement agressé	NS	NS	TENT.**	TENT.**
26. Problèmes sexuels (viol, grossesse, inceste, homosexualité impuissance, promiscuité sexuelle compulsive...)	NS	NS	NS	NS
27. Autres...	NIL	NIL	NIL	NIL

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

C) VECU SOCIAL

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires)*	3 sous-groupes Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01$** $p = 0,05$*	2 sous-groupes
28. S'isole, se tient à l'écart	NS	NS	NS	NS
29. Rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)	OUI	NS	IDEA.*	NS
30. Conflits sentimentaux	NS	NS	NS	NS
31. Attend que les autres viennent à lui, passif dans ses relations	NS	NS	NS	NS
32. S'exprime peu, communique peu	NS	NS	NS	NS
33. Se sent seul	NS	NS	NS	NS
34. Incapable de rester seul	NS	NS	NS	NS
35. En quête d'amis nouveaux	OUI	NS	NS	IDEA.*
36. Conflits avec les amis, les camarades	NS	NS	TENT.*	TENT.*
37. Les contacts restent superficiels	NS	NS	NS	NS
38. Investit massivement une seule relation d'amitié ou d'amour (au détriment des liens déjà créés)	NS	NS	NS	NS
39. Dépendance des figures adultes	OUI	NS	IDEA.*	IDEA.*
40. A peu d'amis	NS	NS	NS	NS

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

C) VECU SOCIAL ...

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires)	3 sous-groupes	2 sous-groupes
			Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01^{**}$ $p = 0,05^{*}$	
41. Refuse l'aide, le contact	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
42. Mode de contact agressif avec l'entourage	OUI	NS	IDEA.* TENT.*	IDEA.* TENT.*
43. Conduites antisociales, délinquance	NS	NS	TENT.**	TENT.**
44. Parle négativement de sa famille	NS	NS	NS	NS
45. Conflits familiaux	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
46. Peu d'implication des parents, laissé à lui-même	NS	NS	NS	NS
47. Absence d'un des parents, séparation	NS	NS	NS	NS
48. Tentatives de suicide dans l'entourage	NS	NS	NS	NS
49. Exigences parentales trop sévères	NS	NS	NS	NS
50. Difficultés financières dans la famille	NS	NS	NS	NS
51. Alcoolisme d'un ou des parents	NS	NS	NS	NS
52. Vit en dehors de sa famille (institution, famille d'accueil...)	NS	NS	NS	NS
53. Autres...	NIL	NIL	NIL	NIL

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

D) VECU AFFECTIF

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires ($p = 0,01$)	Différence selon le sexe (suicidaires) *	3 sous-groupes Différence sous-groupes VS non-suicidaires $p = 0,01$** $p = 0,05$*	2 sous-groupes
54. Culpabilité, se sent fautif	NS	NS	TENT.*	TENT.*
55. Se trouve mauvais(e), se dévalorise	NS	NS	NS	NS
56. Anxiété, angoisse	NS	NS	NS	NS
57. Facilement découragé	NS	NS	NS	NS
58. Sentiment d'ennui	NS	NS	NS	NS
59. Tristesse	NS	NS	NS	NS
60. Pleure souvent	NS	NS	NS	NS
61. Irritabilité	OUI	NS	IDEA.** MOY.** TENT.**	IDEA.** TENT.**
62. Agressivité	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
63. Colère	OUI	NS	TENT.*	IDEA.* TENT.*
64. Changements brusques du comportement ou de la personnalité	OUI	NS	MOY.** TENT.**	IDEA.** TENT.**
65. Sautes d'humeur - Impulsivité	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
66. Facilement préoccupé, inquiet	NS	NS	NS	NS
67. Désespéré, découragé	NS	NS	NS	NS

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

D) VECU AFFECTIF...

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires (p = 0,01)	Différence selon le sexe (suicidaires) *	Différence sous-groupes VS non-suicidaires p = 0,01	
			3 sous-groupes	2 sous-groupes
68. Se dit incompris, rejeté, indésiré	NS	NS	TENT.*	TENT.*
69. Pessimiste	NS	NS	TENT.*	TENT.*
70. Peu dynamisme, abattu	NS	NS	NS	NS
71. Conduite trop sage, conformisme	NS	NS	NS	NS
72. Obsessions, phobies	NS	NS	NS	NS
73. Pense à la mort	NS	NS	NS	NS
74. Parle de suicide ou de départ	NS	NS	NS	NS
75. Menace son entourage de s'enlever la vie	NS	NS	NS	NS
76. Dons d'objets personnels	NS	NS	NS	NS
77. Lettres d'adieu	NS	NS	NS	NS
78. Autres...	NIL	NIL	NIL	NIL

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

E) VECU SCOLAIRE

CARACTERISTIQUES OBSERVEES	Différence suicidaires VS non-suicidaires (p = 0,01)	Différence selon le sexe (suicidaires) *	3 sous-groupes / 2 sous-groupes Différence sous-groupes VS non-suicidaires p = 0,01** p = 0,05*	
79. Faibles résultats scolaires	OUI	MAS.: 56% FEM.: 36%	MOY.** TENT.**	IDEA.* TENT.**
80. Echec(s)	OUI	MAS.: 48% FEM.: 31%	MOY.** TENT.**	IDEA.** TENT.**
81. Baisse du rendement scolaire	OUI	NS	IDEA.* TENT.**	TENT.**
82. Peu d'intérêt et de participation aux cours	OUI	MAS.: 57% FEM.: 40%	MOY.* TENT.**	IDEA.* TENT.**
83. Peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et para-scolaires	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
84. Difficultés d'attention et de concentration en classe	OUI	MAS.: 62% FEM.: 33%	TENT.**	TENT.**
85. Problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme opposition, indiscipline...	OUI	NS	TENT.**	TENT.**
86. Peur de l'échec (de ne pas réussir)	NS	NS	NS	NS
87. Changements fréquents d'écoles	NS	NS	TENT.**	TENT.**
88. Menace de laisser l'école	NS	NS	TENT.**	TENT.**
89. Abandon scolaire	NS	NS	NS	NS
90. Autres...	NIL	NIL	NIL	NIL

* Dans le groupe contrôle, les différences entre les sexes ne sont pas significatives.

TABLEAU 6

Analyse de variance (ANOVA) entre l'importance des tendances suicidaires (trois sous-groupes expérimentaux et groupe contrôle) et les catégories de caractéristiques (vécus)

Catégories	F-test	P (f)	Idéations X	Moyens X	Fisher	P (.05)
Temporel	11.551	.0001	2.256	1.917	.828	NS
	* Les différences des moyennes sont significatives entre les sous-groupes: idéation VS tentative (.911), idéation VS contrôle (.745), moyen VS tentative (.791) et tentative VS contrôle (.705)					
Corporel	8.668	.00001	.897	.833	.436	NS
	* Les différences des moyennes sont significatives entre les sous-groupes: idéation VS tentative (.48), moyen VS tentative (.417) et tentative VS contrôle (.371).					
Social	2.054	.1063	2.385	2.347	1.032	NS
	* Les différences des moyennes sont significatives entre les sous-groupes tentative et contrôle (.879).					
Affectif	4.666	.0033	2.667	2.75	1.251	NS
	* Les différences des moyennes sont significatives entre les sous-groupes tentative et contrôle (1.065).					
Scolaire	10.638	.00001	1.974	2.25	.787	NS
	* Les différences entre les moyennes sont significatives entre les sous-groupes: idéation VS tentative (.865), moyen VS tentative (.752), moyen VS contrôle (.564) et tentative VS contrôle (.669).					

TABLEAU 7

Indices comportementaux observés chez un nombre toujours plus grand d'adolescents dépistés compte tenu de l'importance des tendances suicidaires

Items	F. Test	P(F)	Moyennes des sous-groupes			
			Idéatifs (N=39)	Moyens (N=72)	Tentatives (N=45)	Contrôle (N=156)
Temp 4	3.389	.0184	.385	.403	.511	.276
Temp 5	7.829	.00001	.103	.161	.378	.096
Temp 6	1.828	.142	.231	.264	.333	.179
Temp 9	2.269	.0805	.077	.111	.222	.09
Corp 13	1.186	.3151	.077	.111	.133	.058
Corp 14	0.94	.4216	.026	.042	.067	.019
Corp 22	2.588	.0531	.2[illegible]	.292	.311	.16
Soc 41	3.798	.0107	.026	.069	.133	.019
Soc 43	3.995	.0082	.026	.042	.133	.019
Soc 46	1.361	.2549	.051	.069	.089	.026
Aff 64	4.244	.0059	.128	.194	.2	.058
Aff 66	0.47	.7034	.128	.167	.178	.122
Aff 67	1.27	.2848	.051	.097	.111	.045
Scol 79	5.269	.0015	.308	.431	.511	.244
Scol 80	6.222	.00004	.282	.347	.444	.167
Scol 82	4.507	.0041	.385	.431	.533	.269
Scol 84	3.779	.0109	.385	.389	.533	.276
Scol 88	6.693	.00002	0	.014	.111	.006

TABLEAU 8

Corrélations * N = 312; r Pearson: Seuil = .148 à p = .01

Items	Temporel	Corporel	Social	Affectif	Scolaire	Total/Echelle
Temporel	R	R	R	R	R	R
1	.547	.123	.209	.232	.323	.386
2	.603	.303	.301	.387	.363	.483
3	.656	.321	.353	.434	.454	.55
4	.755	.435	.356	.515	.59	.647
5	.634	.395	.464	.547	.468	.628
6	.559	.305	.309	.493	.241	.485
7	.664	.456	.314	.364	.512	.546
8	.432	.229	.49	.446	.177	.466
9	.532	.316	.317	.337	.388	.461
10	.41	.412	.3	.405	.227	.426
11	**.113**	.257	.128	.16	.193	**.194**

Tableau 8 suite

Items	Coporel	Temporel	Social	Affectif	Scolaire	Total/Echelle
Corporel	R	R	R	R	R	R
13	.383	.309	.155	.17	.193	.267
14	.252	.1	.11	.024	.176	.18
15	.543	.186	.097	.164	.161	.233
16	.547	.298	.181	.223	.21	.315
17	.232	.174	.147	142	2.314E-3	.162
18	**.159**	.064	.051	075	.033	**.083**
19	**.083**	.131	.052	074	.018	**.078**
20	.508	.242	.11	12	.171	.232
21	.661	.291	.258	.378	.218	.405
22	.542	.451	.44	.435	.445	.551
23	.286	.269	.068	.198	.152	.222
24	.206	.156	.229	.148	.109	.204
25	.256	.173	.273	.224	.176	.268
26	**0**	0	0	0	0	**0**

Tableau 8 suite

N = 312	Social	Temporel	Corporel	Affectif	Scolaire	Total/Echelle
Social	R	R	R	R	R	R
28	.61	.24	.233	.375	.159	.426
29	.33	.149	.126	.29	.011	.249
30	.321	.095	.129	.132	.039	.185
31	.531	.242	.153	.318	.132	.368
32	.458	.172	.122	.24	.142	.302
33	.639	.33	.219	.478	.192	.497
34	**.205**	.163	.191	.231	.135	**.232**
* 35	.428	.194	.104	.278	.053	.289
36	.442	.337	.312	.396	.308	.452
37	.454	.321	.204	.325	.293	.41
38	.196	.186	.065	.172	.013	.171
* 39	.416	.321	.215	.385	.26	.414
40	.587	.26	.171	.359	.216	.424
41	.315	.248	.168	.227	.132	.278
* 42	.375	.362	.22	.441	.306	.442
43	.286	.286	.175	.238	.171	.293
44	.397	.261	.216	.298	.204	.352
45	.521	.351	.299	.406	.291	.476
46	.433	.336	.376	.269	.153	.378
47	.313	.142	.107	.107	.06	.191
48	**.028**	-.066	.024	-.022	-.02	**-.017**
49	.31	.149	.221	.24	.142	.266
50	**.177**	.033	.161	.11	.057	**.095**
51	**.163**	5.128E-3	-.011	4.568E-3	-.061	**.034**
52	.285	.147	.113	.12	2.633E-3	.172

Tableau 8 suite

N = 312	Affectif	Temporel	Corporel		Social	Scolaire	Total/Echelle (Colonne 270)
Affectif	R	R	R	P	R	R	R
54	.377	.264	.189		.274	.156	.33
55	.61	.372	.233		.314	.362	.501
56	.659	.409	.365		.417	.266	.551
57	.676	.5	.417		.433	.452	.631
58	.638	.475	.385		.497	.367	.607
59	.645	.415	.403		.482	.297	.577
60	.278	.145	.243		.208	.172	.259
61	.558	.39	.281		.369	.392	.527
62	.517	.22	.225		.443	.305	.503
63	.335	.115	.148		.28	.221	.34
64	.5	.153	.321		.304	.346	486
65	.461	.37	.204		.24	.235	395
66	.508	.291	.261		.313	.199	413
67	.526	.32	.235		.265	.285	429
68	.587	.489	.443		.549	.393	620
69	.544	.347	.263		.293	.324	461
70	.566	.442	.368		.448	.328	549
71	.295	.028	1.337E-3		.278	.015	.192
72	**.098**	.077	.083		.037	.02	**.078**
73	.222	.131	.257		.173	.078	207
74	.271	.16	.266		.235	.11	257
75	**.043**	.054	.059		.015	.055	**052**
76	**.123**	0.77	.118		.037	-.018	**082**
77	**.0**	0	0		0	0	**0**

Tableau 8 suite

N = 312	Scolaire	Temporel	Corporel	Social	Affectif	Total/Echelle (Colonne 270)
Scolaire	R	R	R	R	R	R
79	.727	426	251	245	306	.473
80	.686	314	204	137	197	.362
81	.599	309	151	145	243	.353
82	.715	542	36	26	397	.547
83	.607	39	34	346	424	.518
84	.676	568	423	29	44	.576
85	.359	266	255	19	298	.334
86	.352	216	057	156	275	.278
87	.273	319	239	15	143	.26
88	.281	31	364	326	336	.392
89	**.109**	131	206	058	043	**.113**

GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS

Directives

Sur cette grille, nous avons listé un ensemble de caractéristiques susceptibles d'être observées chez les personnes qui vous ont été désignées. Nous vous demandons de nous faire part de vos observations en indiquant les renseignements suivants dans les trois colonnes préparées à cette fin.

1ère colonne: Indiquez, par un crochet, les caractéristiques dont vous dénotez la présence, chez la personne que vous observez.

2e colonne: Indiquez, par le chiffre correspondant, la fréquence d'apparition des caractéristiques notées chez la personne observée.

1. occasionnellement
2. la moitié du temps
3. la plupart du temps ou toujours

3e colonne: Cochez cette colonne si vous ne pouvez vous prononcer sur la caractéristique mentionnée, soit que les informations que vous possédez ne soient pas suffisantes pour poser une évaluation ou, soit que la caractéristique ne soit pas accessible à votre connaissance ou à votre observation.

Personne observée: _____

Groupe-classe: _____

Observateur: _____ Date: _____

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
A) VECU TEMPOREL	COCHEZ	1 à 3	
1. Absentéisme			
2. Retards			
3. Trouve le temps long			
4. Manque de persévérance, de ténacité			
5. Difficulté à attendre des gratifications plus lointaines			
6. Impatience			
7. Remet à demain			
8. Ne retient du passé que les événements pénibles			
9. Absence de but ou d'orientation futurs			
10. Perte d'espérance dans le futur			
11. Parle de la mort comme réversible, non-dangereuse			
12. Autres ...			
B) VECU CORPOREL			
13. Négligence de l'hygiène personnelle (corps, vêtements) Préciser:			

CARACTÉRISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
B) VECU CORPOREL ...	COCHEZ	1 à 3	
14. Usage régulier/ou excessif/ou augmentation de la consommation d'alcool, drogues, médicaments, tabac Préciser:			
15. Mauvaise santé, maladie, hospitalisation Préciser:			
16. Consulte le médecin ou l'infirmière Préciser:			
17. Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) Préciser:			
18. Troubles de l'alimentation (inappétence ou boulimie compulsive) Préciser:			
19. Perte de poids			
20. Se plaint de maux divers (céphalées, gastro-intestinaux, menstruels, tachycardie, problèmes dermatologiques) Préciser:			
21. Se plaint de fatigue et/ou manque de vitalité			
22. Hypomotilité, passivité			
23. Hyperactivité, agitation			
24. Auto-mutilation ou accidents répétés Préciser:			

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
B) VECU CORPOREL ...	COCHEZ	1 à 3	
25. Se plaint d'être physiquement agressé Préciser:			
26. Problèmes sexuels (viol, grossesse, inceste, homosexualité, impuissance, promiscuité sexuelle compulsive...) Préciser:			
27. Autres...			
C) VECU SOCIAL			
28. S'isole, se tient à l'écart			
29. Rompt des relations significatives (amitiés, amoureuses)			
30. Conflits sentimentaux			
31. Attend que les autres viennent à lui, passif dans ses relations			
32. S'exprime peu, communique peu			
33. Se sent seul			
34. Incapable de rester seul			
35. En quête d'amis nouveaux			
36. Conflits avec les amis, les camarades			
37. Les contacts restent superficiels			

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
C) VECU SOCIAL ...	COCHEZ	1 à 3	
38. Investit massivement une seule relation d'amitié ou d'amour (au détriment des liens déjà créés)			
39. Dépendance des figures adultes			
40. A peu d'amis			
41. Refuse l'aide, le contact			
42. Mode de contact agressif avec l'entourage			
43. Conduites antisociales, délinquance			
44. Parle négativement de sa famille			
45. Conflits familiaux			
46. Peu d'implication des parents, laissé à lui-même			
47. Absence d'un des parents, séparation			
48. Tentatives de suicide dans l'entourage			
49. Exigences parentales trop sévères			
50. Difficultés financières dans la famille			
51. Alcoolisme d'un ou des parents			
52. Vit en dehors de sa famille (institution, famille d'accueil...)			

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
C) VECU SOCIAL ...	COCHEZ	1 à 3	
53. Autres ...			
D) VECU AFFECTIF			
54. Culpabilité, se sent fautif			
55. Se trouve mauvais(e), se dévalorise			
56. Anxiété, angoisse			
57. Facilement découragé			
58. Sentiment d'ennui			
59. Tristesse			
60. Pleure souvent			
61. Irritabilité			
62. Agressivité			
63. Colère			
64. Changements brusques du comportement ou de la personnalité			
65. Sautes d'humeur - Impulsivité			
66. Facilement préoccupé, inquiet			

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
D) VECU AFFECTIF ...	COCHEZ	1 à 3	
67. Désespéré, découragé			
68. Se dit incompris, rejeté, indésiré			
69. Pessimiste			
70. Peu dynamisme, abattu			
71. Conduite trop sage, conformisme			
72. Obsessions, phobies			
73. Pense à la mort			
74. Parle de suicide ou de départ			
75. Menace son entourage de s'enlever la vie			
76. Dons d'objets personnels			
77. Lettres d'adieu			
78. Autres ...			
E) VECU SCOLAIRE			
79. Faibles résultats scolaires			
80. Echec(s)			

CARACTERISTIQUES OBSERVABLES	Présence de la caractéristique	Fréquence d'apparition	Je ne sais pas
E) VECU SCOLAIRE ...	COCHEZ	1 à 3	
81. Baisse du rendement scolaire			
82. Peu d'intérêt et de participation aux cours			
83. Peu d'intérêt et de participation aux activités scolaires et para-scolaires			
84. Difficultés d'attention et de concentration en classe			
85. Problèmes de comportement à l'école: vol, brutalité, vandalisme, opposition, indiscipline ... Préciser:			
86. Peur de l'échec (peur de ne pas réussir)			
87. Changements fréquents d'écoles			
88. Menace de laisser l'école			
89. Abandon scolaire			
90. Autres ...			

INDICES COMPORTEMENTAUX PREDICTEURS DU SUICIDE CHEZ DES ADOLESCENTS

Revue de la Littérature

par

Jocelyne Pronovost

Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

juillet 1989

INDICES COMPORTEMENTAUX PREDICTEURS DU SUICIDE CHEZ DES ADOLESCENTS

A la recherche d'un cadre conceptuel

Dans la littérature, une nomenclature variée est utilisée pour parler des divers comportements ou caractéristiques liés à la personne suicidaire. Le plus généralement, on retrouve regroupés ces derniers en présentation de profils suicidaires ou en listes de caractéristiques. Les caractéristiques sont le plus souvent réunies en facteurs sociaux, familiaux ou personnels et nommées parfois facteurs causaux, facteurs de risque ou facteurs précipitants du suicide. Plus spécifiquement, lorsqu'on s'attarde à décrire des indices précurseurs du suicide, les expressions suivantes sont utilisées: syndrome pré-suicidaire, état pré-suicidaire, signes précurseurs ou avant-coureurs, syndrome de désengagement.

Nous ne pouvons que constater une certaine confusion quant à la définition des termes et des caractéristiques associés au suicide, quant à la classification qu'on fait de ces derniers et quant au chevauchement des causes, des facteurs et des caractéristiques lorsqu'on traite du suicide.

Si nous tentons de résumer la pensée de la majorité des auteurs qui ont établi des listes d'indices précurseurs d'une tentative ou d'un suicide, nous retrouvons le plus fréquemment: des changements brusques du comportement ou de la personnalité (Association américaine de suicidologie, 1977: voir Grégoire, 1979; Frederick, 1972: voir Anderson, 1981; Grégoire, 1979; Otto, 1972: voir Husain et Vandimer, 1984), des messages verbaux ou écrits faits de façon directe ou indirecte à l'entourage (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire, 1979; Grollman, 1971; Morissette, 1984), de la dépression accompagnée de symptômes tels que troubles du sommeil, de l'alimentation ou somatiques (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire, 1979; Grollman, 1971; Perlstein, 1966: voir Ladame, 1981; Otto, 1964: voir Anderson, 1981), de l'isolement (Grollman, 1971; Morissette, 1984; Perlstein, 1966: voir Ladame, 1981), une consommation abusive d'alcool, de drogue ou de médicaments (Morissette, 1984). La présence d'une tentative précédente est aussi retenue (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire, 1979; Grollman, 1971), ainsi que d'autres comportements tels que des dons d'objets personnels (Frederick, 1972: voir Anderson, 1981; Morissette, 1984) et des prises d'arrangements finaux (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire, 1979).

Si nous nous resituons face à notre objectif d'étude, soit l'identification d'indices comportementaux prédicteurs du suicide, nous voulons traduire, dans une grille d'observation, les données de la littérature en caractéristiques comportementales observables dans le vécu scolaire de l'adolescent . Le but ultime de cette recherche est de mieux instrumenter les intervenants en milieu

naturel, dans le cas présent les enseignants, pour le dépistage précoce des adolescents à tendances suicidaires.

Le choix de nos catégories de comportements a comme point de départ Quidu (1970) qui parle de "syndrome pré-suicidaire" chez l'adolescent. Elle le définit en trois (3) caractéristiques: altération du vécu temporel, altération du vécu spatial (incluant les relations avec l'environnement physique et social) et altération du vécu corporel. Notre revue de littérature nous amène à compléter la pensée de Quidu (1970) et à identifier cinq (5) catégories de comportements observables soit: le vécu corporel, temporel, émotif, social et scolaire.

La revue de la littérature qui suivra est élaborée en regard de ces cinq catégories du vécu de l'adolescent.

LE VECU TEMPOREL

Perte d'espoir dans le futur

Bonneau et Moneim El-Meligi (1974) mentionnent qu'une des caractéristiques du vécu temporel de la personne normale est l'enracinement dans le présent, le passé et le futur. Ainsi le jeune adulte devrait avoir la capacité de vivre intensément le présent, sans négliger de prévoir l'avenir et de s'y orienter en tenant compte de son passé personnel et social.

Une des principales caractéristiques du vécu temporel de l'adolescent suicidaire retenue par la littérature, est le peu d'investissement dans le futur. Plusieurs auteurs mentionnent que ce manque d'investissement s'observe par l'absence de but et d'orientation future chez ces adolescents (Corder et al., 1974; Husain et Vandimer, 1984; Corbeil, 1984; Joan, 1986). Dans le même sens, Davis (1983) référant à Tooley (1978), précise que la perte d'espérance dans le futur différencie l'adolescent suicidaire des autres adolescents qui font face à la crise d'identité.

Cette incapacité de l'adolescent suicidaire à se projeter dans le futur trouve dans la littérature des interprétations variées. Yufit et Benzies (1973) rattachent cette incapacité à une pensée trop centrée sur le passé alors que Neuringer (1972) parle d'une pensée trop axée sur le présent (Voir Schneidman, 1976). Bonneau et Moneim El-Meligi (1974) expliquent cette incapacité à investir le futur par la dominance excessive du passé ou du présent auquel la personne suicidaire se raccroche. Peck, Farberow et Litman (1985) rapportent que la première caractéristique des adolescents suicidaires est d'empiler dans leur mémoire une série d'expériences négatives passées qui trouvent un appui sur d'autres expériences négatives vécues dans le présent immédiat. Selon plusieurs auteurs, le vécu temporel des adolescents suicidaires se distingue avant tout par le désespoir envers l'avenir. Wright, Snodgrass et Emmons (1984: voir Hanigan, 1987) associent cette perte d'espoir en l'avenir par la manifestation chez le jeune suicidaire de caractéristiques telles que l'instabilité, la nervosité, l'insécurité et le sentiment d'être inutile. Hawton, O'Graby et al. (1982: voir Garfinkel, 1986) vont plus loin en affirmant que ce sont les facteurs stressants vécus par l'adolescent suicidaire qui provoquent chez lui une vision pessimiste de lui-même et de son futur.

Pour sa part, Quidu (1970) interprète ce sujet d'une façon plus dynamique. Selon elle, une des manifestations principales du "syndrome de désengagement" qui caractérise les adolescents suicidaires, est une altération du vécu temporel. Elle définit cette altération par un futur qui devient de plus en plus inconsistant et par un passé qui se recroqueville dont l'adolescent suicidaire ne retient que les événements pénibles. Ainsi, le temps présent s'immobilise et se dilate, d'où l'impression d'ennui, de monotonie, et d'interminables moments sans espoir que ressent l'adolescent suicidaire. Ladame (1981) abonde également dans le même sens.

Difficulté à vivre le présent

Une autre caractéristique du vécu temporel de l'adolescent suicidaire est son impulsivité. En effet, plusieurs auteurs retiennent cette caractéristique comme une tendance de la personnalité de ces adolescents (Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1978; Grewling et De Blassie, 1980; Husain et Vandimer, 1984; Marks et Haller, 1977). Selon Davidson et Choquet (1978), l'absence de persévérance et de tenacité, l'impatience, l'incapacité d'attendre des gratifications plus lointaines, sont des variables qui différencient les adolescents suicidaires des autres déviants.

Conception de la mort

Un dernier aspect se rattachant au vécu temporel est la conception de la mort chez l'adolescent suicidaire. Une des nombreuses hypothèses quant au but de la tentative de suicide chez les adolescents avance que ceux-ci perçoivent la mort comme bonne et non-permanente (Glaser, 1975). Anna Freud explique cette perception infantile par le fait qu'à l'adolescence, il y a des régressions à des stades antérieurs de développement. Ils perçoivent ainsi la mort, tout comme les enfants, comme étant réversible et non-dangereuse (Voir Corbeil, 1984). Gersnbacher (1985) estime que les suicidaires croient inconsciemment en l'immortalité de l'esprit au-delà de la mort physique. A ce sujet, Ladame (1981) citant Taleghani (1972), précise que le suicide n'est pas un désir de mort, mais plutôt le refus de vivre une certaine vie tout en désirant vivre une autre vie.

LE VECU CORPOREL

Problèmes de santé

La littérature décrit un vécu corporel particulier chez l'adolescent suicidaire. Les caractéristiques les plus souvent mentionnées sont les troubles du sommeil: insomnie, hypersomnie (Davidson et Choquet: Congrès international sur le suicide, 1983; Davis, 1983; Husain et Vandimer, 1984; Ladame, 1981; Rabkin, 1980), les troubles de l'alimentation: inappétence, boulémie (Corbeil, 1984; Davis, 1983; Husain et Vandimer, 1984; Rabkin, 1980), la perte de poids causée par le manque d'appétit, ainsi que les symptômes somatiques divers: asthénie, manque de force et fatigue (Davidson et Choquet: Congrès international sur le suicide, 1983; Davis, 1983; Ladame, 1981), troubles gastro-intestinaux (Grewling et De Blassie, 1980; Ladame, 1981; Marks et Haller, 1974), céphalés (Davis, 1983; Ladame, 1981; Grewling et De Blassie, 1980), troubles menstruels (Husain et Vandimer, 1984). Nous pouvons ajouter des problèmes dermatologiques et la tachycardie qui, avec les autres éléments mentionnés ci-haut, font partie d'un syndrome pré-suicidaire précédant, selon Perlstein (1966: Voir Ladame 1981), 60% des tentatives de suicide.

De plus, une mauvais santé ou la maladie sont retenues par certains auteurs comme étant, soit un facteur de risque (Grégoire, 1979; Tousignant, 1984) ou soit une caractéristique du vécu des adolescents suicidaires (Davidson et Choquet, 1981; Jacobs, 1971; Anderson, 1981). Jacobs (1971) a trouvé que 42% des adolescents suicidaires ayant fait des tentatives de suicide ont eu de sérieuses maladies physiques ou blessures tôt dans la vie comparativement à 16% des jeunes non suicidaires de son groupe. Tousignant et al. (1984) rapportent deux fois plus de problèmes de santé chez les jeunes suicidaires, soit 22% des cégépiens dépistés dans leur étude. Davidson et Choquet (1981) constatent une fréquence relativement importante de maladies graves (29%) et d'hospitalisation (36%) chez les adolescents suicidaires composant leur échantillon. La moitié de ceux-ci avaient fait l'objet de consultations médicales dans les semaines précédant leur tentative. Bassingwaite (1984) remarque que 50% des jeunes ayant des antécédents suicidaires ont consulté un médecin durant les 6 mois précédant leur tentative, de même que Hawton (982: voir Hanigan, 1987) qui constate que 50% des jeunes ayant fait une tentative ont vu le médecin dans le mois précédant leur tentative, et 25% dans la semaine précédente.

D'autres auteurs estiment que des accidents répétitifs (Davis, 1983; Den Houter, 1981; Ladame, 1981), tout comme l'automutilation (Wekstein, 1979; Grégoire, 1979) sont aussi des indices possibles d'un vécu dépressif pouvant mener au suicide.

Alcool et drogue

Un élément souvent rapporté dans le vécu corporel des adolescents suicidaires est l'usage excessif d'alcool, de drogue, de médicaments ainsi que de tabac (Grégoire, 1979; Davidson et Choquet, 1981; Peck et Litman, 1973: voir Grewling et de Blassie, 1980; Otto, 1972: voir Husain et Vandimer, 1984; Wekstein, 1979). Corbeil (1984), dans son étude, associe le comportement suicidaire à d'autres comportements problématiques comme l'alcoolisme et la toxicomanie.

Il semble que l'usage, l'abus et la dépendance envers l'alcool et/ou d'autres drogues se retrouvent à une telle fréquence chez les jeunes suicidaires que Hertzman (1985) déclare qu'ils sont un facteur majeur de suicide chez les jeunes. Litman (1985) affirme que le risque de suicide chez les jeunes augmente avec la consommation d'alcool et/ou des drogues de la rue. Garfinkel (1986) découvre que la passivité et le retrait dans l'alcool et d'autres drogues fait partie des habitudes comportementales des adolescents ayant déjà fait une tentative. Et pour Joan (1986), ce retrait dans les drogues devient pour les jeunes un moyen privilégié d'échapper à ses sentiments.

La relation entre la drogue et le suicide s'éclaire davantage avec l'étude de Ryser (1983: voir Hertzman, 1985). Celle-ci démontre que 50% des étudiants du collégial ingèrent des drogues dans leur tentative de suicide ou ont des idéations suicidaires concomitantes avec l'ingestion de drogue. Toujours chez les collégiens, Berendzen (1985) déclare que la condition suicidaire la plus commune pour cette population est l'influence de l'alcool. Meeks (1985) considère même l'usage des drogues fortes chez les jeunes comme un facteur de haut risque au suicide.

Et finalement Hertzman (1985) considère que la relation entre l'abus des drogues chez les jeunes et le suicide est clairement établie, mais la nature de cette relation n'est pas encore comprise.

Problèmes sexuels

Un certain nombre d'auteurs mentionnent les problèmes sexuels comme reliés au vécu de l'adolescent suicidaire. Peck et Schrut (1971: voir Grégoire, 1979) rapportent que les étudiants suicidaires ont moins d'expériences sexuelles que les non-suicidaires, et que ceci est une preuve de leur isolement social.

Par contre, Lettieri (1985) et Toolan (1962: voir Stephens, 1987) remarquent que les adolescents suicidaires âgés s'adonnent plus à la promiscuité sexuelle que les autres adolescents. Frazier (1985), ainsi que Garfinkel et Golombek (1983), constatent qu'il y a plus de grossesses chez les adolescentes suicidaires que chez les non-suicidaires. Pour sa part, Jacobs (1971) estime que la maladie et les grossesses contribuent aussi à l'isolation sociale de l'adolescent(e).

Ainsi, parmi les résultats qu'elles ont obtenus, Davidson et Choquet (1981) constatent que généralement les problèmes sexuels, lorsqu'ils sont évoqués comme motif de tentatives de suicide, évoquent des situations lourdes (viol, inceste, grossesse indésirée pour les filles, impuissance, homosexualité pour les garçons). De plus, la violence et les abus multiples dont les adolescents sont souvent victime de par leur milieu familial peuvent aussi amener au suicide. Farberow (1985: voir Hanigan, 1987) déclare que la violence et les abus physiques sexuels font partie des facteurs contribuants au suicide des jeunes. Smith et Crawfort (1986: voir Hanigan, 1987), Bassingthwaite (1984), Asarnow, Rosembaum et Carlson (1988) de même que Joan (1986) abondent aussi dans le même sens.

Signes physiques de la dépression

Il semble que les signes physiques de la dépression sont des outils importants dans le dépistage du potentiel suicidaire chez les jeunes, car il s'avère que la dépression n'est pas aussi facilement détectable chez les jeunes que chez les adultes (Frazier, 1985). Pour Frazier (1985), la dépression des jeunes peut au début capter l'attention des adultes par des plaintes physiques persistantes telles que les maux de tête et les maux d'estomac. Pour lui, certains signes végétatifs du syndrome clinique de la dépression sont précurseurs au suicide. Ces signes sont: les troubles du sommeil et de l'appétit, le manque d'énergie ou l'augmentation de l'agitation. Peck, Farberow et Litman (1985) vont dans le même sens en signalant les signes végétatifs suivants: l'insomnie, l'anorexie, le réveil matinal, le sommeil irrégulier et la diminution de la libido. Et Farberow (1985) constate par une revue de littérature très élaborée, que les signes végétatifs de la dépression les plus souvent décrits chez les jeunes sont: les troubles du sommeil, le changement dans les habitudes alimentaires, les problèmes de concentration, l'apathie, l'agitation et la fatigabilité. Notons enfin qu'Otto (1972: voir Husain et Vandimer, 1984) nomme la négligence de l'hygiène personnelle parmi une liste de changements présuicidaires.

Etant donné la grande fréquence d'apparition des troubles du sommeil et de l'appétit, Lettieri (1985) déclare que ce sont des indices importants pouvant permettre d'identifier un potentiel d'auto-destruction chez les jeunes. Toujours selon le même auteur, une perte de poids d'au moins 10 livres en moins d'un mois lorsque aucune diète n'a été prévue est un indice important d'un potentiel suicidaire.

On rapporte aussi des différences entre le vécu corporel des adolescents suicidés et des adolescents ayant déjà fait une tentative. Ces différences touchent plus précisément la manifestation des maux physiques. Ainsi, Garfinkel et Golombek (1983) ont remarqué, par des autopsies psychologiques faites sur des adolescents suicidés, que seulement 3 à 5% des cas ont des manifestations physiques précédant leur mort. Par contre, ils remarquent que chez les adolescents ayant fait une tentative, il y a environ 3 fois plus de problèmes gynécologiques et deux fois plus de plaintes gastro-intestinales que chez les adolescents non-suicidaires.

Shaffii et al. (1984: voir Motto, 1985) et Eisele, Frisino, Haglund et Reay (1985) ont étudié plus particulièrement les adolescents suicidés, et remarquent chez ceux-ci des manifestations physiques communes avant leur mort. Ces manifestations sont: les troubles du sommeil, la douleur et les allergies. Pour les jeunes ayant déjà fait une tentative, Garfinkel et al. (1982: voir Garfinkel, 1986) remarquent qu'une attitude active accompagnée d'hypersomnie est commune aux jeunes avant leur tentative de suicide. Et Motto (1984: voir Motto, 1985) remarque une augmentation des heures de sommeil chez un groupe de garçons ayant des intentions suicidaires.

LE VECU SOCIAL

Relations sociales

Le vécu social de l'adolescent à tendance suicidaire se caractérise par des problèmes de relations sociales.

De façon générale, la littérature dépeint les relations qu'a l'adolescent suicidaire avec son entourage, comme étant pauvres. Il s'exprime peu (Corbeil, 1984), communique peu (Corder et al.,1984), et a peu de contacts avec son entourage (Marks et Haller, 1977; Quidu, 1970; Rabkin, 1980). Il a peu d'amis (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974), et il est passif dans ses relations, attendant habituellement que les gens viennent à lui (Corbeil, 1984).

Joan (1986) soulève que certains signes de dépressions peuvent se manifester dans le vécu social des adolescents suicidaires. Parmi les signes mentionnés il y a: l'isolement, l'humeur chagrine et une histoire de vie significative comprenant la séparation récente avec un être cher et un faible niveau de communication avec des personnes de son environnement. Enfin, Davidson et Choquet (1981) retiennent qu'une des caractéristiques des adolescents suicidaires est leur refus d'investir les êtres.

Problèmes de comportement

D'autres auteurs précisent aussi que l'adolescent suicidaire est agité (Rabkin, 1980), anxieux, ayant des sauts d'humeur (Anderson, 1981; Davis, 1983; Lum, 1974). Les problèmes que vit cet adolescent peuvent prendre aussi la forme d'une délinquance ou d'abus de drogues (Miller, 1975). Il a peu de contrôle sur son impulsivité et une pauvre tolérance au stress (Husain et Vandimer, 1984).

Plusieurs auteurs caractérisent le vécu social des jeunes suicidaires par des comportements antisociaux et de délinquance. Pour Joan (1986) l'adolescent suicidaire tente souvent d'échapper à ses sentiments en exécutant des actes procurant de fortes excitations telles que: le vol à l'étalage, les batailles et les fugues. Shaffii (1987) rapporte qu'une histoire de comportement antisociaux peut être l'un des signes indiquant que le jeune est vulnérable au suicide. Parmi les facteurs de risque au suicide, Garfinkel (1986) inclue les fugues et les actes antisociaux récents caractérisés par la rage, l'agression et l'impulsivité. Et dans les habitudes comportementales communes des adolescents ayant déjà fait une tentative, Garfinkel et al. (1982: voir Garfinkel, 1986) découvrent la présence d'actes antisociaux récents tels que: le vol, les batailles et le vandalisme.

Selon Hendlin (1987), l'augmentation de la violence criminelle, de la délinquance ainsi que du suicide sont des indices du stress psychosocial présent dans les familles. Peck, Farberow et Litman (1985) vont plus loin en déclarant que les adolescents dont le climat familial n'est pas valorisant ont des

comportements hostiles envers leurs parents. Ils sont provocateurs et défiants envers eux. Les auteurs signalent aussi que la délinquance, l'abus de drogue et le peu d'intérêt envers l'école sont des conduites communes associées avec la défiance de l'autorité parentale.

Corbeil, (1984) souligne l'importance des relations problématiques que l'adolescent suicidaire vit avec son entourage, en premier lieu avec la mère et le père, suivi des problèmes avec le partenaire amoureux, les amis et l'entourage social en général. L'auteur constate aussi que les adolescents fréquentant le centre de prévention du suicide de Québec, éprouvent énormément d'agressivité envers la famille et envers le monde extérieur. Dans le même sens, Quidu (1970) décrivait le mode de contact avec l'entourage comme habituellement agressif.

Dans une étude réalisée auprès de collégiens, Lester (1987) découvre que les jeunes ayant déjà fait une tentative de suicide ont un plus haut score d'irritabilité et que cette irritabilité est dirigée vers l'intérieur; cependant ces jeunes ne diffèrent en rien du reste de la population pour le niveau d'irritabilité dirigée vers l'extérieur.

Isolement social

Plusieurs auteurs retiennent l'isolement social comme l'une des principales caractéristiques de l'adolescent suicidaire (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974; Davis, 1983; Husain et Vandimer, 1984; Jacobs, 1971).

Garfinkel et Golombek (1983) caractérisent le vécu social des jeunes ayant des antécédents suicidaires par de l'isolement, du retrait et des difficultés avec l'être aimé. Selon les mêmes auteurs, les suicides complétés reflètent l'isolation, la désorganisation sociale et les possibilités limitées à obtenir de l'aide . Garfinkel (1986) rajoute que parmi les agents stressants communs des adolescents ayant déjà fait une tentative, il y a la perte d'un ami intime et parmi les habitudes comportementales communes, il y a la pauvre communication avec les adultes.

Pour Peck, Farberow et Litman (1985), l'un des principaux facteurs amenant un jeune au suicide est une histoire d'isolation et de non-implication dans laquelle le jeune est timide, replié, laissé-pour-compte et solitaire. Garfinkel et Golombek (1983) constatent que les adolescents ayant fait une tentative se distinguent souvent des autres par l'isolement et le retrait. Dans le même sens, Tyerman et Humphrey (1987; voir Hanigan, 1987) remarquent que les jeunes suicidaires sont isolés et entretiennent peu de relations significatives. Et Farberow (1985) rapporte que les comportements sociaux des adolescents suicidaires les plus fréquemment mentionnés par la littérature sont: le retrait, l'isolation et les relations interpersonnelles pauvres. Berendzen (1985) va même jusqu'à considérer l'isolement chez l'adolescent comme un signe de risque au suicide, et Motto (1985) affirme qu'une histoire comprenant de

l'aliénation chronique, de l'instabilité et de l'isolement envers les autres indique un haut risque au suicide chez les jeunes.

De nombreux facteurs sont retenus par la littérature comme pouvant contribuer à amener l'adolescent suicidaire à un isolement social. Ainsi, la séparation des parents, la délinquance, les problèmes scolaires, les séparations amoureuses, les changements d'école, l'institutionnalisation, la maladie, une grossesse, sont autant de caractéristiques associées au vécu de ces adolescents.

D'autres chercheurs contestent ce dogme fait autour de l'isolement social des adolescents suicidaires. Ainsi, Shneidman (1985: voir Hanigan, 1987) estime que les individus suicidaires ne sont pas nécessairement seuls, mais qu'ils se sentent seuls. Hanigan (1987 A) dans sa recherche sur des collégiens ayant de fortes idéations suicidaires, trouve qu'ils ne sont pas isolés socialement, mais qu'ils ont une mauvaise perception de l'aide reçue de leur entourage. Hanigan, Tousignant et Hamel (1986: voir Hanigan, 1987) expliquent que le facteur important n'est pas tant l'isolement, mais plutôt l'absence de relation positive avec la famille et la parenté.

Le vécu social de l'adolescent suicidaire se caractérise donc par une série de difficultés. Pour certains auteurs comme Jacobs (1971) et Ladame (1981), ces difficultés prennent leur signification suicidogène surtout par leur regroupement particulier à l'adolescence. En effet, selon eux, l'histoire des adolescents suicidaires se caractérise par une longue suite de problèmes dans l'enfance, suivie d'une période d'escalade des problèmes à l'adolescence. Les difficultés d'adaptation engendrées par les problèmes infantiles et la croissance de nouveaux problèmes, amènent l'adolescent à une isolation sociale progressive. Il s'en suit une phase finale caractérisée par une dissolution en chaîne des relations significatives dans les semaines précédant la tentative. Plus précisément, Ladame (1981) constate qu'un premier processus de dégradation culmine environ un an avant la tentative. A ce moment, le futur suicidant opère un genre de repêchage de relations. Mais celles-ci, éparpillées, partielles et peu investies, se relâchent progressivement pour se liquider en bloc immédiatement avant la tentative.

Perte relationnelle

Une pléiade d'auteurs mentionnent la perte comme un des principaux facteurs précipitants d'une tentative ou d'un suicide. La perte peut revêtir une foule d'aspects: perte relationnelle, perte de l'estime de soi, perte de l'intégrité physique ou autres. Pour Quidu (1970) la perte, revêtant l'une des formes d'absence de l'objet aimé (divorce ou séparation des parents, abandon, décès...), a une signification plus importante lorsqu'elle survient avant l'âge de 15 ans, alors que pour Stanley et Baster (1970) une telle perte prend surtout son importance avant 12 ans. Quidu précise que le rappel de cette perte initiale peut être un facteur précipitant.

Anderson (1981), tout comme Jacobs (1971) et Teicher (1979: voir Anderson, 1981), identifie aussi la perte amoureuse comme un facteur précipitant puisque l'objet aimé est souvent le dernier lien significatif de l'adolescent. A ce stade, les relations parents/enfants étant coupées, l'adolescent suicidaire peut investir massivement dans une relation amoureuse au détriment de son groupe d'amis. Lorsqu'il y a rupture, celle-ci est vécue comme catastrophique et aboutit souvent à une tentative de suicide (Corbeil, 1984).

Hanigan (1987) rapporte que: "la perte de l'être aimé est souvent synonyme d'un lendemain sans espoir chez les jeunes et leurs peines d'amour sont fréquemment l'événement de comportements suicidaires". En fait, Jacobs (1967: voir Hanigan, 1987) découvre que 58% des jeunes suicidaires sont en phase de bris de relation au moment de leur tentative de suicide. Selon Peck, Farberow et Litman (1984), le désir de mourir survenant lors d'une rupture amoureuse est considéré comme une cause de tentative de suicide surtout lors de la fin de l'adolescence et le début de la vingtaine.

Tousignant et Hanigan (1986: voir Hanigan, 1987) en comparant des jeunes suicidaires et des non-suicidaires ayant tous vécu une peine d'amour rapportent que les jeunes suicidaires vivent une relation amoureuse plus intense avec projet de cohabitation et/ou de mariage à court terme. La peine d'amour, selon les auteurs, a laissé plus de traces profondes chez les suicidaires parce que la relation était plus sérieuse au départ ou qu'ils étaient plus vulnérable psychologiquement ou encore parce qu'ils vivaient d'autres événements de vie difficiles. Et finalement, pour Peck, Farberow et Litman (1985), l'un des facteurs amenant le suicide chez les jeunes est une histoire de relations relativement normales avec les autres dans laquelle la personne devient suicidaire après une perte soudaine et récente, habituellement la fin d'une relation amoureuse.

Aussi, Fisher et Ladame (1979: voir Hanigan, 1987) constatent que les adolescents suicidaires ont des relations hétérosexuelles précoces sans autre lien avec un groupe d'amis. Et selon, Jacobs et Teicher (1967: voir Hanigan, 1987) les adolescents ayant des relations hétérosexuelles précoces le font pour palier l'absence d'attention et d'affection des parents.

Facteurs familiaux

La majorité des auteurs s'accordent pour identifier la présence de problèmes familiaux comme un facteur important pouvant amener l'adolescent à envisager le suicide. La famille du jeune suicidaire est souvent dépeinte comme un milieu perturbé (Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1981; Husain et Vandimer, 1984), où les anomalies de la structure familiale sont fréquentes et diverses. Ainsi, plusieurs auteurs soulignent que c'est une famille où l'un des parents est absent (Lum, 1974; Teicher, 1979: voir Anderson, 1981), où il y a eu séparation (Husain et Vandimer, 1984; Tousignant, 1984), où il n'y a pas de figure d'identité pour l'adolescent (Husain et Vandimer, 1984). C'est aussi une famille qui vit de nombreux conflits: conflits entre les parents ou entre les

enfants et les parents, attitude rejetante ou négligeante des parents envers l'enfant, (Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1981), exigences parentales trop sévères (Corder et al., 1974; Jacobs, 1971; Lum, 1974; Corbeil, 1984). Enfin, plusieurs auteurs rapportent la présence de problèmes tels que: tentative(s) de suicide parmi les membres de la famille (Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1978; Den Houter, 1981), difficultés financières (Corder et al., 1974), déménagements fréquents (Corder et al., 1974; Lum, 1974; Marks et Haller, 1977), alcoolisme des parents et institutionnalisation des enfants (Husain et Vandimer, 1984; Jacobs, 1971; Lum, 1974). Pour Chabrol (1984: voir Hanigan, 1987), un amour contrarié ou un échec scolaire ne conduisent au suicide que si le milieu familial du jeune est perturbé.

Cependant, les avis sont partagés quant à la présence ou à l'importance de ces facteurs comme caractéristiques spécifiques de la famille de l'adolescent suicidaire. Ainsi, Davidson et Choquet (1978) considèrent que les facteurs psycho-sociaux qu'elles décrivent dans leur étude peuvent être considérés comme facteurs de risque de suicide, surtout quand plusieurs sont associés. Toutefois, selon elles, si ces facteurs différencient les jeunes suicidants de la population générale, ils les rapprochent cependant des autres groupes déviants (délinquants, toxicomanes...) chez qui on décrit également, par exemple, les perturbations familiales.

Selon la littérature, l'éclatement et la désorganisation familiale sont des éléments déterminants dans l'étiologie du suicide chez les jeunes. Ainsi, Frazier (1985) comme facteurs psychosociaux au suicide: les fugues, la discorde parentale, une rupture et souvent une séparation ou un divorce. Garfinkel et Golombek (1983) notent dans leur étude que 94% des jeunes ayant déjà fait une tentative de suicide ont vécu des problèmes d'ordres psychosociaux: principalement des difficultés à l'école et des conflits familiaux. Les mêmes auteurs estiment que 75% des tentatives ont été précipitées par un conflit. Crook et Raskin (1975: voir Garfinkel et Golombek, 1983) affirment que les disputent des parents avant l'éclatement de la famille occasionnent de façon significative les tentatives, et Cornell (1972: voir Garfinkel et Golombek, 1983) considère la désorganisation familiale comme étant la norme créant des adolescents suicidaires. Dans le même sens, Joan (1986) ajoute que les conflits et l'instabilité des modèles familiaux sont les raisons les plus souvent citées pour expliquer l'accroissement du taux de suicide chez les adolescents depuis 1960.

Pour Ross, Clayer et Campbell (1983: voir Hanigan, 1987) plus les relations avec les parents sont négatives, plus les idéations suicidaires augmentent. Adams, Bouckoms et Steiner (1982: voir Hanigan, 1987) expliquent qu'il y a des conflits dans toutes les familles désunies, par contre chez les familles de suicidaires, il n'y a pas de retour à une stabilité familiale comme pour les non-suicidaires. Il semble même que le milieu familial des suicidaires s'oriente vers une détérioration à long terme. Toujours selon les mêmes auteurs, l'instabilité familiale peut être la principale variable dans l'étiologie du suicide.

Jacobs (1971) soutient que ce n'est pas la séparation des parents qui est déterminante du suicide, mais plutôt le climat familial tendu. Selon lui la famille de l'adolescent non-suicidaire retrouve plus rapidement sa stabilité, après un tel événement, que celle de l'adolescent suicidaire. Tousignant (1984) dans une étude sur la part familiale dans le comportement et les idéations chez les cégépiens de Montréal, en arrive aux mêmes conclusions. Il ajoute même que la séparation n'est pas un indice fiable de la qualité des relations parents/enfants.

Lamontagne et al. (1986) soulignent les discordes familiales plus importantes chez les jeunes suicidaires, alors que Tousignant et al.(1988) rapportent des scores de négligence parentale plus élevés ainsi que des relations plus négatives entre les jeunes suicidaires et leurs parents.

Pour Pfeffer (1986: voir Asarnow et Carlson, 1988), la perception négative du support familial discrimine les jeunes suicidaires des non-suicidaires et est intimement liée au stress et aux remous dans la famille, ce qui n'est pas nécessairement le cas plus tard dans leur vie.

Pour les adolescents ayant déjà fait une tentative, Garfinkel (1986) rapporte que l'éclatement de la famille, le divorce et les problèmes scolaires sont de loin plus fréquent schez ceux-ci. Garfinkel et Al. (1986: voir Garfinkel, 1986) remarquent pour cette population des agents stressants communs tels que: les problèmes avec les frères et soeurs, le divorce des parents et l'augmentation des disputes avec les parents. Finalement, Garfinkel et Golombek (1983) concluent que les tentatives de suicide sont l'expression récente d'une longue histoire de conflits dans des situations variées.

Un autre élément caractérisant le vécu social des jeunes suicidaires est la situation économique de la famille. Ainsi, selon Garfinkel et al. (1986: voir Garfinkel, 1986), le changement de statut financier des parents est un agent stressant commun aux adolescents ayant déjà fait une tentative.

Aussi, plusieurs études sur le suicide des jeunes ont décrit les attitudes parentales de ressentiment, d'hostilité et de rejet durant l'enfance des adolescents, comme étant la source de leurs idéations suicidaires (Gould, 1965; Schrut, 1968; voir Peck, Farberow et Litman, 1985). Et selon Shaffii (1987), une histoire de problèmes émotionnels chez les parents ou des parents absents peuvent augmenter la vulnérabilité des jeunes au suicide. Tousignant, Bastien, Hamel et Hanigan (1986: voir Hanigan, 1987) remarquent que les difficultés dans les relations avec les parents et les situations lourdes sont souvent le propre des jeunes suicidaires. Ainsi, l'alcoolisme ou la dépression d'un parent, les querelles avec les parents, l'absence de contact émotif avec le père sont tous des situations souvent rencontrées chez les suicidaires. Wright, Snodgrass et Emmons (1984, voir Hanigan, 1987) distinguent les suicidaires des non-suicidaires principalement par les conflits avec les parents et les parents colériques. Peck, Farberow et Litman (1985) associent au suicide des jeunes: l'éducation inadéquate et punitive reçue pendant l'enfance et l'éclatement de l'unité familiale. Farberow (1985) note que les éléments du

vécu social les plus souvent associés au suicide chez les jeunes sont: la perte ou la menace de perte d'un des parents, l'alcoolisme et les comportements violents ou perturbés parmi les membres de la famille.

Dans le même sens pour Bassingwaite (1984), les éléments étroitement associés avec une tentative de suicide chez les jeunes sont: l'alcoolisme, le divorce, la mort d'un parent, le suicide ou la tentative de suicide d'un parent, les conflits parents-enfants, les punitions ou les éloges inconsistantes et le manque général de communication dans l'unité familiale.

Smith et Crawfort (1986: voir Hanigan, 1987), rapportent comme items significatifs amenant au suicide: une mauvaise relation avec la mère et connaître quelqu'un qui s'est suicidé.

Dorpat, Jackson et Ripley (1965: voir Peck, Farberow et Litman, 1985) affirment que la mort d'un parent apparaît de façon significative plus fréquemment chez les enfants et adolescents suicidés que ceux qui sont fait une tentative. Le jeune se suiciderait ici parce qu'il est incapable de trouver un substitut à l'objet perdu. Temby (1961: voir Peck, Farberow et Litman, 1985) arrive aux mêmes résultats avec une population étudiante.

Orback, Gross et Glaubman (1981: voir Hutchinson et Draguns, 1987) constatent par plusieurs études de cas que le suicide d'un parent (principalement la mère) est un événement précipitant pour une tentative de suicide. Des observations similaires ont été faites par Louv (1979), Otto (1972), Hatton, Valente et Rink (1977: voir Hutchinson et Draguns, 1987). Pfeffer (1981: voir Hutchinson et Draguns, 1987) décrit le suicide parental comme un facteur crucial dans la vie de l'enfant, car plus tard, l'enfant peut intenter à sa propre vie, surtout s'il idéalise et s'identifie à la mort du parent.

VECU AFFECTIF

Une foule de qualificatifs sont utilisés dans la littérature pour dépeindre le vécu affectif de l'adolescent suicidaire. Il semble toutefois qu'il est habituellement irritable (Chabrol, 1984; Den Honter, 1981; Grewling et De Blassie, 1980), anxieux (Corbeil, 1984; Davis, 1983; Den Houter, 1981; Husain et Vandimer 1984), impulsif (Corder et al., 1974; Davis, 1983; Marks et Haller, 1977), angoissé (Corbeil, 1984; Ladame, 1981), qu'il s'ennuie et qu'il est triste (Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981).

Corbeil, (1984) décrit l'adolescent suicidaire comme étant abattu, écrasé, s'exprimant peu et se sentant seul. Selon elle, il est aussi désespéré, découragé, et agressif envers ses parents et le monde. Selon Peck, Farberow et Litman (1985), les jeunes suicidaires se sentent malheureux et ils vivent une série de mauvaises expériences qu'ils empilent dans leur mémoire.

Davidson et Choquet (1972: voir Corbeil, 1984) constatent que les adolescents suicidaires formant leur échantillon se sentent incompris, rejetés et indésirés; selon eux, leurs parents ne s'intéressent pas à eux. Se basant sur les résultats d'une autre étude, ces mêmes auteurs (1981) décrivent l'adolescent suicidaire comme étant pessimiste, inquiet, peu dynamique, facilement découragé et ne sachant pas attendre.

Et pour Lettieri (1985), les symptômes de tristesse, de culpabilité et d'apathie sont des éléments pouvant permettre d'identifier un potentiel d'auto-destruction chez les jeunes. Notons que Frederick (1972: voir Anderson, 1981) estime qu'être plus morose que d'habitude, qu'une diminution de l'espoir ainsi qu'un renoncement à l'aide, sont des indices de la possibilité d'une prochaine tentative.

Faible estime de soi

Plusieurs auteurs s'entendent à dire que l'adolescent suicidaire a une faible estime de lui-même (Cloutier, 1980; Corbeil, 1984; Davidson et Choquet; Congrès international sur le suicide, 1983; Davis, 1983). Ainsi les adolescents suicidaires formant l'échantillon de Bagley (1975: voir Corbeil 1984) se perçoivent comme mauvais, souillés, passifs, sans coeur.

Joan (1986) remarque une étroite corrélation entre l'intensité des traumatismes émotionnels éprouvés pendant l'enfance et l'auto-perception négative émergeant graduellement à l'adolescence et qui est construit par l'impression d'être non-aimable et sans valeur. Chez les adolescents suicidés, Frazier (1985), rapporte des sentiments d'inadéquacité, une faible estime de soi et des sentiments d'abandon et de perte de support par les pairs.

D'autres auteurs (Anderson, 1981; Husain et Vandimer, 1984; Miller, 1975; Quidu, 1970) mentionnent la grande suggestibilité de l'adolescent suicidaire,

soulignant ainsi l'importance de l'imitation comme facteur pouvant l'amener à faire une tentative de suicide. Ainsi, Teicher (1979: voir Anderson, 1981) estime que 40% des adolescents suicidaires consultés avaient une relation ou un ami ayant déjà fait une tentative.

Den Houter (1981) estime que des changements brusques du comportement ou de la personnalité sont les indices possibles d'un vécu suicidaire. Selon lui, ces changements peuvent se traduire entre autres par de l'agitation ou de fréquents sauts d'humeur.

Beaucoup d'auteurs signalent des distinctions précises entre le vécu émotif des jeunes suicidaires et celui des non-suicidaires. En outre, certaines auteurs adhèrent à un courant de pensée décrivant le suicide comme une pulsion d'hostilité contre soi et prenant source dans le vécu familial (Freud, 1950; Finickel et Litman in Morrissette, 1984; Ackerly, 1967; Gabbath, 1969; Pfeffer in Orbach, 1984: voir Hanigan, 1987).

Lester (1987) remarque que les collégiens ayant déjà fait une tentative ont un niveau d'irritabilité dirigée vers l'intérieur plus élevé que le niveau d'irritabilité du reste de la population collégienne.

Pour Joan (1986), la culpabilité est présente chez les adolescents parce que ceux-ci prennent souvent les problèmes de la famille à coeur et ainsi alourdissent leurs sentiments de responsabilité pour ces problèmes. Toujours selon le même auteur, le jeune peut aussi être identifié comme la source du problème et se sentir injustement blâmé.

Un haut niveau de stress est aussi une caractéristique des adolescents suicidaires. En effet, Schotte et Clum (1982: voir Bonner et Rich, 1987) constatent que les étudiants suicidaires vivent un plus haut niveau de stress que les non-suicidaires. Pour, Kosky (1983: voir Hanigan, 1987) l'anxiété et l'hostilité sont les caractéristiques dominantes des jeunes suicidaires. Selon Berendzen (1985), plusieurs situations amènent les collégiens à vivre du stress: il s'agit de la perte d'un pair ou d'une rupture amoureuse, d'un choc culturel entre étudiants d'origines différentes, des pressions académiques, de la baisse de statut au collège (échecs), de la crainte de retourner dans la contrée natale et de la crainte pour son avenir après la graduation.

Frazier (1985) relate que les jeunes suicidaires sont souvent en colère, remplis de rage et très sensibles à la critique. Chez les adolescents ayant déjà fait une tentative, Garfinkel et al. (1982: voir Garfinkel, 1986) rapportent des habitudes comportementales dont l'irritabilité et les explosions de colère. Dans le même sens, Peck, Farberow et Litman (1985) affirment que les adolescents dépressifs sont en général irritables ou réagissent avec négativisme. Et finalement, selon Motto (1985), les changements dans les habitudes comportementales liés au stress et une histoire de comportements impulsifs indiquent un vécu à haut risque suicidaire, et Weight (1979: voir Hanigan, 1987) souligne que ce sont des jeunes qui s'énervent facilement et qui ont trop tendance à travailler.

Wright, Snodgrass et Emmons (1984: voir Hanigan, 1987) constatent plusieurs caractéristiques chez les étudiants universitaires dont les principales sont: se sentir inutile, ne plus voir d'espoir en l'avenir, être troublé, instable, insécure et nerveux.

Aussi, il semble aussi y avoir certaines distinctions liées au sexe chez les jeunes suicidaires. Ainsi dans leur échantillon, Marks et Haller (1977: voir Hanigan, 1987) notent que les jeunes suicidaires garçons sont impulsifs, préoccupés, sceptiques et perfectionnistes alors que les filles sont faibles, dépendantes, d'humeur instable ou dépressives.

Selon Farberow (1985), la littérature sur le suicide des jeunes indique que l'état le plus fréquemment mentionné est un désordre mental, et les sentiments les plus fréquemment mentionnés sont la dépression et le désespoir. Frazier (1985) rapporte parmi les signes et symptômes de dépression chez les jeunes: la perte d'intérêt pour les activités offrant généralement du plaisir aux jeunes, les difficultés de concentration et le sentiment de désespoir. Et Shaffii (1987) note l'inhibition de la personnalité parmi les signes de vulnérabilité au suicide.

Shaffii (in Holden, 1987: voir Hanigan, 1987) découvre dans des autopsies psychologiques que 95% des suicidés avaient au moins un désordre psychiatrique contre 48% pour les non-suicidés. Selon cet auteur, le suicide ne se retrouve pas chez un adolescent sain réagissant à une crise personnelle, mais il est plutôt le résultat de désordre émotif sérieux qui n'ont pas été préalablement dépistés et/ou traités.

Motto (1985) construit un portrait clinique des jeunes suicidaires et parmi les éléments mentionnés se retrouvent: les pensées suicidaires ou de l'impulsivité, une planification suicidaire, des comportements indiquant la preparation pour un départ, l'écriture d'une note portant sur le suicide, des tentatives de suicide récentes; et toujours selon le même auteur, un vécu à haut risque suicidaire se caractérise en outre par des antécédents suicidaires ou une hospitalisation psychiatrique. Joan (1986) trouve des attributs communs aux jeunes suicidaires, soit: parler de se tuer soi-même, parler de "ne plus être" ou ne considérer aucun futur et se départir de ses biens. Aussi, toujours selon Joan, certains symptômes comportementaux peuvent laisser présager des idéations suicidaires chez les jeunes telles que: écrire des histoires ou des poèmes utilisant le thème de la mort ou du mépris, faire des dessins caractérisés par la morbidité, la violence et l'auto-destruction et prendre des risques physiques inutilement.

Suicide et dépression

Les avis sont partagés quant à la présence ou non d'un vécu dépressif chez l'adolescent suicidaire. Pour Ladame (1981), la "dépressivité" est au coeur même de la problématique de l'adolescent suicidaire. Selon lui, toute adolescence normale est marquée par des moments dépressifs, ceux-ci sont

cependant passagers et font partie du processus maturatif normal, alors que chez l'adolescent suicidaire, la dépression s'intensifie, se prolonge.

Cependant, Davidson et Choquet (1981) n'ont pas identifié une dépression classique chez les adolescents suicidaires formant leur échantillon, mais plutôt un "état morose" qui dépasse les manifestations normales de la crise de l'adolescence et qui se traduit par le refus d'investir les êtres et le monde. Elles estiment toutefois que la dépression est un signe distinctif se retrouvant chez ceux qui se suicident par rapport à ceux qui font des tentatives. Pour sa part, Corbeil (1984) écrit que les adolescents suicidaires ne sont pas nécessairement déprimés. Elle cite à l'appui Soubrier (1976) et Stevenson (1972) qui rapportent que seulement 40% des adolescents suicidaires de leur population d'étude, sont déprimés avant la tentative.

La dépression est cependant retenue comme un indice important d'un vécu suicidaire par un grand nombre d'auteurs (Anderson, 1981; Chabrol, 1984; Davis, 1983; Den Houter, 1981; Marks et Haller, 1977; Miller, 1975; Quidu, 1970; Rabkin, 1980).

Shaffer (in Holden, 1986: voir Hanigan, 1987) rapportent que 20% des jeunes suicidaires ont des symptômes de dépression. Asarnow et Carlson (1988) considèrent la dépression, le désespoir et les problèmes relationnels comme étant les trois principaux facteurs de risque au suicide.

Schotte et Clum (1982: voir Bonner et Rich, 1987) notent dans leur étude que les étudiants ayant des idéations suicidaires sont significativement plus déprimés et désespérés que les non-suicidaires. Bonner et Rich (1987) constatent aussi que le désespoir est un meilleur prédicteur pour les idéations suicidaires élevées et que la dépression est un meilleur prédicteur pour les idéations suicidaires faibles.

Gould (1965: voir Davis, 1983) a réuni les symptômes communs de la dépression chez l'adolescent. Il s'agit de la perte d'intérêt dans l'environnement social, d'une perte d'énergie, d'un sentiment de vide, de tristesse, de difficultés d'alimentation et de sommeil (trop ou peu), d'hypomotilité, ainsi que d'un sentiment d'isolement. Pour Ladame (1981), un des premiers signes de dépression est la difficulté qu'éprouve l'adolescent à se concentrer sur ses études. Il identifie aussi d'autres signes tels que les plaintes somatiques (fatigue, insomnie, maux de tête et de dos, troubles gastro-intestinaux), et chez les plus jeunes des troubles du comportement ou inversement, une conduite trop sage. Chez les adolescents plus âgés, ces indices pourront revêtir l'aspect d'une promiscuité sexuelle compulsive avec une incapacité à rester seul et une grande agitation. De fréquentes colères prennent souvent la place d'autres sentiments tels que la tristesse et le désespoir. Il accorde une grande importance aux accidents à répétition, et il souligne enfin que l'installation d'une phobie ou de symptômes obsessionnels peut traduire un vécu dépressif.

Le concept de désespoir

L'état de désespoir tel que définit par Beck constitue un élément d'une grande importance dans le processus suicidaire. Beck, un des pionniers à travailler sur ce concept en 1974, construit un instrument capable d'évaluer les attentes négatives du répondant qui l'amène graduellement à un état désespéré. Cet instrument mesure trois (3) composantes se rattachant à l'état de désespoir: les émotions, la motivation en terme de perte, et les croyances au niveau cognitif de même que l'anticipation des évènements.

Selon Beck, le désespoir se défini par un système de schémas cognitifs qui ont comme dénominateur commun les attentes pessimistes du répondant en ce qui concerne l'avenir.

L'instrument développé par Beck et ses collègues (1974) pour mesurer et quantifier l'intention suicidaire peut discriminer les changements au niveau des degrés de dépression et de désespoir. De plus, cet instrument résiste dans le temps.

Selon les études de Beck, l'indice de désespoir s'avère être un meilleur prédicteur des intentions suicidaires lorsque le niveau d'idéations se trouve élevé, tandis que la dépression est davantage associée à un faible niveau d'idéation. Autrement, l'indice de désespoir s'avère être un indice fiable lorque le niveau d'idéations est élevé et ce même si la dépression n'est pas évidente chez le sujet. Schotte et Clum (1982), confirme cette hypothèse en ce qui concerne l'association de la dépression à un faible degré d'idéation.

Selon Beck et al (1975), l'association entre la dépression et l'intention suicidaire a comme source principale de variance l'état de désespoir. Comme mentionné plus tôt, l'état de désespoir se caractérise par les attentes négatives de l'individu. La présence continuelle d'attentes négatives amène l'individu a adopter graduellement un mode de pensée incorrect. Ce processus donne lieu par la suite a une fausse interprétation des expériences vécues de la part de l'individu. Lorsque de telles distorsions cognitives s'installent, le sujet a davantage de chances de vivre un état désespéré le conduisant à des préoccupations suicidaires.

Suite aux travaux de Beck, d'autres auteurs ont travaillé sur ce concept et tous convergent avec les conclusions de Beck. Une étude concernant un modèle interactionnel du comportement suicidaire (Clum, Pastsiokas & Luscomb, 1979) sugère que l'interaction d'évènements stressants de la vie associés à une rigidité cognitive et/ou une déficience au niveau de l'habileté à résoudre les problèmes, peut résulter en une augmentation du sentiment de désespoir et ainsi accentuer le risque du suicide.

Des études viennent appuyer les travaux de Beck, les sujets déprimés qui ont une bonne qualité de relation (confidents) ont plus d'aptitudes et plus d'efficacité à affronter leur stress et leur état de désespoir que les individus qui vivent plus en retrait (Scotte & Clum,1982).

Selon Linehan, Goldstein, Nielson et Chiles, (1983), d'autres facteurs doivent être considérés tels que les croyances adaptatives et les raisons de vivre car ce n'est pas tous les individus qui possèdent un degré élevé de désespoir qui en arrivent à avoir des idéations et à faire des tentatives de suicide.

VECU SCOLAIRE

Bon nombre d'auteurs font état de problèmes scolaires chez les adolescents suicidaires (Davidson et Philippe, 1986; Husain et Vandimer, 1984). Ces problèmes prennent la forme d'échecs scolaires (Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981; Garfinkel et Golombek, 1983; Ladame, 1981, Tousignant et al., 1984), d'une baisse de rendement (Toolan, 1975, Wenz, 1979), de difficultés à se concentrer sur ses études (Greuling et De Blassie, 1980; Ladame, 1981) et d'absences non motivées (Garfinkel et Golombek, 1983). Pour la plupart d'entre eux, le point d'aboutissement de cette suite de difficultés est l'abandon scolaire (Anderson, 1981; Garfinkel et Golombek, 1983; Ladame, 1981; Marks et Haller, 1977). A ce sujet, il est à noter que 36% des adolescents étudiés par Teicher (1979) n'étaient pas inscrits à l'école au moment de leur tentative de suicide, et que peu d'entre eux avaient abandonné l'école à cause de pauvres résultats scolaires. Le plus souvent ces adolescents n'étaient pas inscrits à l'école pour des raisons médicales, à cause de problèmes comportementaux ou pour un manque d'intérêt envers l'école.

Jacobs (1971) estime que la fréquence des changements d'école est un facteur permettant de différencier les adolescents suicidaires des autres adolescents, alors que Toolan (1975: voir Grewling et De Blassie, 1980) et Ladame (1981) identifient la difficulté à se concentrer sur ses études comme un indice possible d'un vécu suicidaire.

Petzel et Riddles (1981: voir Hanigan, 1987) rapportent chez les jeunes suicidaires un taux élevé d'absentéisme scolaire. Toolan (1962: voir Stephens, 1987) va jusqu'à inscrire l'absentéisme à l'école parmi les symptômes psychopathologiques de l'adolescent suicidaire. Joan (1986) nous explique que l'absentéisme scolaire peut devenir un moyen pour l'adolescent d'échapper à ses problèmes scolaires.

Dans leur échantillon, Peck et Shrut (1971: voir Hanigan, 1987) retrouvent significativement plus de non-suicidaires au-dessus de la moyenne et remarquent que seulement 8% des jeunes suicidaires subissent des échecs scolaires. Chez des jeunes de 12 à 18 ans interrogé après une tentative de suicide, Wenz (1979: voir Hanigan, 1987) trouve que 50% sont sous la moyenne de leur classe, 25% dans la moyenne et 20% au-dessus.

Corbeil (1984), rejoignant les propos de Tousignant (1984), croit que les faibles résultats scolaires de ces adolescents pourraient s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas de but dans la vie et qu'ils s'impliquent moins dans les activités scolaires. Ce bas niveau d'investissement à l'école est aussi retenu par Husain et Vandimer (1984) ainsi que par Corder et al. (1974), comme une des caractéristiques des adolescents suicidaires.

Pour Joan (1986) la baisse de performance scolaire est un signe de dépression. Dans ce sens, Hanigan (1987) explique que la crise suicidaire s'inscrit dans une période de tension et de désorganisation pendant laquelle

on devient moins fonctionnel, moins efficace et moins performant. Un ou des échecs scolaires peuvent alors apparaître et même devenir l'élément déclencheur d'une tentative de suicide.

Ainsi, une pauvre performance académique est, selon Petzel et Riddle (1981; voir Hanigan, 1987) un des facteurs de risque les plus souvent associés au suicide chez les jeunes. Ils maintiennent que la pression pour une performance accrue, surtout chez les jeunes dont les habiletés intellectuelles sont moyennes, peut être une source de stress qui les conduit à des comportements suicidaires. Peck et Shrut (1971; voir Hanigan, 1987) notent d'ailleurs qu'au Etats-Unis les taux de suicides réussis et de tentatives sont plus élevés dans les collèges et universités réputés où la performance académique impose un stress remarquable pour les étudiants.

En observant des études américaines et anglaises sur les suicides dans les collèges, Mathew et Ross (1969; voir Hanigan, 1987) en viennent à croire que les étudiants intériorisent le haut standard des exigences parentales et vivent les pressions académiques comme une menace de la perte d'amour des parents. Ainsi, s'ils échouent académiquement, ils affrontent simultanément la perte d'amour des parents.

Dans une vaste étude, Shaffer (1985) découvre que certains adolescents suicidaires sont très perfectionnistes et vivent beaucoup d'anxiété dans l'attente de leurs résultats d'examens, et ce même, s'ils réussissent habituellement bien.

Pour leur part, Garfinkel et Golombek (1983) soutiennent que le suicide est plus souvent associé à des individus productifs et travailleurs. En effet, bien que plus de la moitié des jeunes ayant fait une tentative de suicide ont connu des échecs ou des abandons scolaires, les auteurs constatent que les tentatives les plus sévères sont en corrélation avec des succès scolaires. Les tentatives mineures et modérées sont pour leur part associées significativement avec des échecs scolaires. Toutefois, certaines études (Rohn et al., 1977; Stanley et Barter, 1970) font état de résultats contradictoires quant aux performances scolaires des adolescents suicidaires.

Les problèmes scolaires peuvent aussi être des éléments déclencheurs ou des facteurs précipitants des conduites suicidaires (Husain et Vandimer, 1984; Tousignant, 1984). Ainsi, un adolescent sur cinq composant l'échantillon de l'étude de Davidson et Choquet (1981) a évoqué les tensions scolaires (échecs, angoisses, inadaptation) comme motif de sa tentative. Ces auteurs constatent que 61% des garçons et 41% des filles suicidaires avaient des problèmes d'ordre scolaire. Quant à eux, Shaffer et Fisher (1981) estiment que la circonstance la plus fréquente pouvant provoquer des conduites suicidaires est une crise disciplinaire à l'école (33% des adolescents suicidaires formant leur échantillon). La moitié de ces adolescents avaient été informés, peu avant leur tentative, que leurs parents recevraient une lettre dénonçant leur indiscipline, alors que les autres anticipaient une arrestation ou une punition à l'école. Dans le même ordre d'idées, Corbeil (1984) précise que les échecs

scolaires combinés avec des exigences parentales élevées, peuvent être un facteur précipitant d'une tentative de suicide.

Pour les jeunes ayant déjà fait une tentative, Garfinkel et al. (1986: voir Garfinkel, 1986) notent des agents stressants communs dont les problèmes avec les enseignants, les changements d'écoles et les échecs scolaires. Aussi, les jeunes suicidaires semblent avoir des difficultés de relation à l'école se traduisant par des conflits avec les professeurs et des difficultés relationnelles avec les pairs (Petzel et Riddle, 1981; Marks et Haller, 1977: voir Hanigan, 1987). Petzel et Riddle (1981: voir Hanigan, 1987) remarquent que les jeunes suicidaires ont un climat scolaire appauvri et un taux d'absentéisme élevé. Marks et Maller (1977: voir Hanigan, 1987) notent un haut taux d'abandon des études chez les garçons suicidaires.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, D.R. (1981). Diagnosis and prediction of suicidal risk among adolescents, in: WELLS, C.T. et STUART, R. Self- destructive behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 45-59.

ANESHENSEL, C.S.,CLARK,V.A. and FRERICHS R.R. (1983). Race, Ethnicity, and Depression: A Confirmatory Analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 44, (2), 385-398.

ASARNOW, J.R. et CARLSON, G. (1988). Suicide Attempts in Preadolescent Child Psychiatry. Suicide & Life-Threatening Behavior, 18, (2), 129-136.

Association Canadienne pour la Santé Mentale. Suicide. Toronto: Dépliant publié par l'Association Canadienne pour la Santé Mentale.

Association Canadienne pour la Santé Mentale. Symptômes: les signes précurseurs de troubles émotionnels. Québec: Dépliant publié par l'Association Canadienne pour la Santé Mentale.

BASSINGTHWAITE, M.E.S. (1984). Adolescent Suicide: A Moderne Epidemic. American Association of Suicidology Proceedings Seventeenth Annual Meeting. Anchorage, Alaska, 72-73.

BECK, A.T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D. ; TREXLER, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology, 42, (6), 861-865.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior, an overview. Jama, 234, 1146-1149.

BECK, A.T.; RUSH, A. et al. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press, 425 p.

BERENDZEN, R. (1985). Surviving College: Teaching College Students to Cope. Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, DC., 77-79.

BOLDT, M. (1982). Un modèle pour la prévention du suicide, l'intervention et la postvention: propositions du groupe de travail de l'Alberta. Santé Mentale au Canada, 30, (1), 15-19.

BONNEAU, G.; MONEIM EL-MELIGI, A. (1974). Inventaire c. monde expérientiel. Bruxelles: Editest, 285 p.

BONNER, R.L. et RICH, A.R. (1987). Toward a Prediction Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. Suicide & Life-Threatening Behavior, 17, (1), 50-63.

CAMPAGNA, J.L. (1982). L'épidémiologie du suicide dans la région métropolitaine de Québec. Santé Mentale au Canada, 30, (1), 11-14.

CHABROL, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: P.U.F., 91 p.

CHARRON, M.F. (1981). Le suicide au Québec: analyse statistique. Service des études épidémiologiques du ministère des Affaires sociales. Québec: publications gouvernementales du ministère des Communications du Québec, 221 p.

CHARRON, M.F. (1982). Le suicide au Québec: analyse statistique. Annexe I de l'avis du comité de la santé mentale du Québec sur la prévention du suicide. Québec: Ministère des Affaires sociales.

CHOQUET, M.; FACY, F.; DAVIDSON, F. (1983). Suicide et tentative de suicide de l'adolescent. Soins Psychiatrie, 32/33, 17-21.

CLOUTIER, R.; RENAUD, A. (1980). Le suicide et l'abandon scolaire à l'adolescence. Edition: Jean-Louis Plante, Clovis Théberge, 65 p.

CLUM, G.A.; PATSIOKAS, A.T.; LUSCOMB, R.L. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. Journal of consulting and clinical psychology, 47, (5), 937-945.

Comité de la Santé Mentale au Québec (1983). Prévenir le suicide au Québec. Québec: Ministère des Affaires sociales, 150 p.

Congrès international sur le suicide (1983). Dépression et suicide. Soins psychiatriques, 32/33, 51-58.

Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle (1983). Le C.Q.E.E. et la problématique du suicide au Québec. Apprentissage et Socialisation, 6, (2), 66-67.

Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle (1983). Prévention du suicide. Mémoire relatif à l'avis du comité de la santé mentale du Québec sur la prévention du suicide. Conseil Québécois pour l'Enfance Exceptionnelle., 21 p.

CORBEIL, S.C. (1984). Suicide et adolescence, in: Morissette, P. Le suicide. Québec: Pierre Morissette, 272.

CORDER, B.F.; SHORR, W.; CORDER, R.F. (1974). A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in an urban, disavantaged area. Adolescence, 9, (33), 1-6.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M. (1978). Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent. Revue de neuropsychiatrie infantile, 26, (12), 683-691.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M. (1981). Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique. Paris: E.S.F., 135 p.

DAVIS, P.A. (1983). Suicidal Adolescents. Charles C. Thomas Publisher, 89 p.

DEN HOUTER, K.V. (1981). The silence one's self: a brief analysis of the literature on adolescent suicide. Child Welfare, 60, (1), 3-10.

DEVRIES, A.G. (1966). A potential suicide personality inventory. Psychological Reports, 18, 731-738.

DICKSTEIN, L.S. (1978). Attituded toward death, anxiété and social desirability. Omega, 8, (4), 369-378.

DISSORY, J.C. (1981). The components of personal despair, in: WELLS, C.T. et STUART, R. Self-destructive behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 350-398.

EISELE, J.W.; FRISINO, J., HAGLUND, W.D. et REAY, D.T. (1985). Teenage Suicide in King County, Washington. American Association of Suicidology Proceedings Eighteenth Annual Meeting. Toronto, 136-138.

EMERY, P.E. Adolescent depression and suicide. Adolescence. Vol. XVIII, (70), summer, 245-258.

EVANS,A.L., WILLIAM, J.L., MCKINNON,S. (1985). The relationship of hopelessness, depression and anger to suicidal ideation in canadian university students. Proceedings eighteen annual meeting , Americain Association of Suicidology, Totonto, 54-56.

FABRE, A.P.; LARENG, L.; MORON, P. (1983). Travail en ateliers de confection et passages à l'acte suicidaire. Soins psychiatriques, 32/33, 47-50.

FARBEROW, N.L. (1985). Youth Suicide: An International Problem. Report of the National Conference on Youth Suicide, Washington, 9-31.

FRAZIER, S.H. (1985). Preventing Youth Suicide: A collaborative Effort. Report of the National Conference on Youth Suicide, Washington, 113-118.

GARFINKEL B.D., FROESE,A., and HOOD, J. (1982). Suicide Attempts in Children and Adolescents. Americain Journal of Psychiatry, 139,(10),1257-1261.

GARFINKEL, B.D. (1986). School Based Prevention Programs, Communication présentée à la conférence nationale sur la prévention et l'intervention auprès des jeunes suicidaires, Oakland, California.

GARFINKEL, B.D. et GOLOMBEK, G.H. (1983). Suicidal Behavior in Adolescence, in The Adolescent and Mood Disturbance, International University Press. 189-217.

GAUTHIER, J. et al. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue québécoise de psychologie, 3, (2), 13-27.

GERNSBACHER, L.M. (1985). The Suicide Syndrome, New York: Human Sciences Press, 326 p.

GOLBERG, E.L., (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. Americain Journal of Psychiatry, 138, (1), 35-40.

GREGOIRE, J.C. (1980). Le suicide: considérations d'ordre théorique et aperçu des types et des méthodes d'intervention, Québec: Editeur Officiel du Québec, 94 p.

GREGOIRE, J.C. et al. (1979). Le suicide chez les jeunes adultes de 15 à 30 ans. Québec: Ministère des Affaires sociales, 260 p.

GREULINS, J.W.; DE BLASSIE, R.R. (1980). Adolescent suicide. Adolescence, 15, (59), 589-601.

GROLLMAN, E.A. (1971). Suicide. Boston: Beacon Press, 145 p.

HANIGAN, D. (1987). Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et propositions d'action. Québec: Les publications du Québec.

HANIGAN, D. (1987A). Social Network and Social Support in a Group of Young Adults with Serious Suicidal Thought. American Association of Suicidology Proceedings Twentieth Annual Conference. San Francisco, 176-178.

HENDLIN, H. (1987). Youth Suicide: a Psychosocial Perspective. Suicide & Life-Threatening Behavior, 17, (2), 151-165.

HERTZMAN, M. (1985). Alcohol, Drugs and Adolescent Suicide: Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, 83-90.

HESSELNBERG, M. (1984). Quelques idées sur l'approche psychopathologique de l'anxiété et de l'angoisse. Soins psychiatriques, 44/45, 19-25.

HUSAIN, S.A.; VANDIMER, T. (1984). Suicide in children and adolescents. New York: S.P. Medical and Scientific Books, 284 p.

HUTCHINSON, M.P. et DRAGUNS, J.G. (1987). Chronic, Early Exposure to Suicidal Ideation in a Parental Figure: A Pattern fo Presuicidal Characteristics. Suicide & Life-Threatening Behavior, 17, (4), 288-298.

JACOBS, J. (1971). Adolescent suicide. New York: Wiley Interscience Division, 147 p.

JACOBS, J. (1982). The moral justification of suicide. Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 138 p.

JOAN, P. (1986). Preventing Teenage Suicide. New York: Human Sciences Press Inc., 147 p.

KENNY, T.J.; RUBEN, R. (1979). Visual-motor problems of adolescents who attempt suicide. Perceptual and Motor Skills, 48, 599-602.

LADAME, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson.

LADAME, F. (1986). Les tentatives de suicide des adolescents: Pourquoi? Comment? Conférence présentée au colloque: Les tentatives de suicide des adolescents, les comprendre pour mieux les prévenir. Montréal: organisé par le Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle.

LESTER, D. (1967). Attempted suicide and body image. Journal of Psychology, 66, 287-290.

LESTER, D. (1972). Why people kill themselves. Charles C. Thomas Publisher, 353 p.

LESTER, D. (1987). Suicide and the Inhibition of Agression. American Association of Suicidology Proceedings Twentieth Annual Conference. SAn Francisco, 170-171.

LETTIERI, D.J. (1985). Clues to Adolescents Suicide. Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, 133-140.

LICHT-GORDON, S.E. (1979). An analysis of the knowledge and attitudes of secondary school teachers concerning suicide among adolescents and intervention in adolescents suicide. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International, 294 p.

LINEHAN, M.M.; GOODSTEIN, J.L.; NIELSEN, S.L.; CHILES, J.A. (1983). Raisons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. Journal of consulting and clinical psychology, 51, (2), 276-286.

LITMAN, R.E. (1985). Substance Abuse an Youth Suicide. Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, 93-97.

LUM, D. (1974). Responding to suicidal crisis. Michigan: William B. Ferdmans Publishing Company, 222 p.

MARKS, P.A.; HALLER, D.L. (1977). Now I lay me down for keeps: a study of adolescents suicide attempts. Journal of Clinical Psychology, 33, 390-400.

McINTIRE, M.S.; ANGLE, C.R. (1981). The taxonomy of suicide and self-poisoning, in: WELLS, C.T. et STUART, R. Self- destructive behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 348 p.

MEEKS, J.E. (1985). Threatment of the Suicidal Adolescent. Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, 141-144.

MILLER, J.P. (1975). Suicide and adolescence. Adolescence, 10, (37), 11-24.

MISHARA, B.L., BAKER,A.H., Mishara, T.T., (1976). The frequency of suicide attempts: A retrospective approach applied to college students. Americain Journal of Psychiatry, 133, (7), 841-844.

MORISSETTE, P. (1984). Le suicide: démystification, intervention, prévention. Québec: Pierre Morissette, 436 p.

PALLIS, D.J. et al. (1983). Estimating suicide risk among attempted suicides: the development of new clinical scales. British Journal of Psychiatry, 141, 37-44.

PECK, M.L.; FARBEROW, N.L. et LITMAN, R.E. (1985). Youth Suicide. New York: Sringer Publishing Company Inc. 208 p.

PLANTE, M.C. (1986). Les moyens de prévention à la disposition de l'intervenant. Communication présentée au colloque: "Les tentatives de suicide des adolescents, les comprendre pour mieux les prévenir". Montréal: organisé par le Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle.

PLANTE, M.C. (1986). Prévention du suicide chez les jeunes au Québec. Utopie ou réalité? Apprentissage et socialisation... En piste, 9, (1), 26-36.

QUIDU, M. (1970). Le suicide: étude clinique, perspectives préventives. Paris: Editions Sociales Françaises, 166 p.

RABKIN, B. (1980). La psychologie du suicide chez les adolescents. Montréal: Editions du Jour, 172 p.

RADLOFF, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, (3), 385-401.

RAIMBAULT, G. (1986). L'intervenant et l'adolescent suicidaire. Communication présentée au colloque: "Les tentatives de suicide des adolescents, les comprendre pour mieux les prévenir." Montréal: organisé par le Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle.

RINGEL, E. (1966). La prévention du suicide, un problème mondial. Hygiène mentale, 55, (3), 84-105.

RINGEL, E. (1968). Suicide prevention: Psychopathological facts and its treatment. Vita, 4, (1), 10-18.

ROBILLARD, E. (1983). Québec blues: une raison de vivre. Montréal: Paulines et Médiaspaul, 174 p.

SAMY, M. (1986). L'adolescent, son comportement suicidaire et nous. Communication présentée au colloque: "Les tentatives de suicide des adolescents, les comprendre pour mieux les prévenir". Montréal: organisé par le Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle.

SCHAFFER, D.; FISHER, P. (1981). Suicide in children and young adolescents, in: WELLS, C.T. et STUART, R. Self- destructive behavior in children and adolescents. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 85-100.

SCHNEIDMAN, E.S. (1976). Suicidology: contempory developments. New York: Grune and Stratton.

SHAFFER, D. (1985). The Suicide Research Goals. Report of the National Conference on Youth Suicide. Washington, 101-111.

SHAFFII, M. (1987). Psychological Autopsy of Youth Suicide. American Association of Suicidology Proceedings Twentieth Annual Conference. 260-261.

SOUBRIER, J.P.; VEDRINNE, J. (1974). Epidémiologie du suicide: réalisation pratique, incidences prophylactiques. Collection de médecine légale et de toxicologie médicale. Paris: Masson et Cie, 159 p.

STANLEY, J.E., BARTER, J.T. (1970). Adolescent suicidal behavior. American Journal of Orthopsychiatrie, 40, 1, 87- 96.

STEPHENS, B.J. (1987). Cheap Thrills and Humble Pie: The Adolescence of Female Suicide Attempters. Suicide & Life-Threatening Behavior 17, (2), 107-118.

STORK, J. (1977). Echelle d'évaluation de risque suicidaire. Psychiatrie de l'enfant, 20, (2), 493-520.

Table ronde: la dépression (l984). Soins psychiatriques, 49, 37-42.

TEICHER, J.D. (1973). A solution to the chronic problem of living: adolescent attempted suicide. In: Current Issues in Adolescent Psychiatry. New York: Schoolar, 129-147.

TOUSIGNANT, M. et al. (1986). Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal: la part familiale. Apprentissage et socialisation... En piste, (1), 17-25.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1983). Expérience de jeunes en milieu collégial. Questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires, Montréal: U.Q.A.M. Laboratoire d'étologie humaine et sociale.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé mentale au Québec, 9, (2), 122-133.

TOUSIGNANT,M.; HAMEL, S.; BASTIEN, M.F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. Santé mentale au Québec, XIII, (2), 79-93.

WEKSTEIN, L. (1979). Handbook of suicidology. New York: Brunner and Mazel, 303 p.

WENZ F.V. (1979). Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. Adolescence, Vol. XIV, (53), spring,19-30.

WILKINS, J. et al. (1985). Médecine de l'adolescence: une médecine préventive. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.

ZUNG, W. (1974). Index of Potential Suicide (IPS): A rating scale for suicide prevention. In: BECK, A.T.; RESNIK, H.L.P.; LETTIERI, D.J. The prediction of suicide. Maryland: The Charles Press Publishers Inc., 221-249.

ZUSMAN, J.; DAVIDSON, D.L. (1971). Organizing the community to prevent suicide. Springfield: Charles C. Thomas, 97 p.

DOCUMENTS ANNEXES

ARTICLES

PRONOVOST, J.; COTE, L.; ROSS, C.(sous presse). Article soumis à la revue Santé mentale au Canada.

PRONOVOST, J.; BOUCHER, J. COTE, L. (sous presse). Article soumis à la revue Apprentissage et socialisation... en piste.

COTE, L.; PRONOVOST, J.; ROSS, C. (sous presse). Etude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. Article soumis à la revue Santé mentale au Québec.

RAPPORT DE RECHERCHE

RELANCE DES ADOLESCENTS À TENDANCES SUICIDAIRES, UN AN APRES LE DEPISTAGE, 12 pages.

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE

ARTICLE SOUMIS
A LA REVUE
SANTE MENTALE AU CANADA

PAR

JOCELYNE PRONOVOST
LISE COTE
CHRISTINE ROSS

Juin1989

Résumé

Une étude effectuée auprès de 2850 adolescents québécois, âgés de 12 à 18 ans, dans quatres écoles secondaires de la région de Trois-Rivières dénombre 15,4% de jeunes avouant avoir déjà songé sérieusement au suicide, dont 3,5% ont fait des tentatives de suicide. Seuls la moitié d'entre eux ont confié leurs idéations suicidaires et les confidents privilégiés sont les pairs. Les réactions suscitées suite aux confidences sont souvent négatives. Les problèmes familiaux viennent au premier rang des déclencheurs des idéations suicidaires. De plus, ces adolescents vivent plus souvent dans une famille monoparentale, rapportent plus de problèmes de santé et présentent un état dépressif important. Les résultats obtenus démontrent la nécessité d'implanter des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire.

Jocelyne PRONOVOST* Lise COTE* et Christine ROSS*

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE*

Ampleur du phénomène

Le suicide chez les adolescents constitue une problématique de pointe dans les sociétés industrialisées. Au Canada de 1976 à 1986, le taux de suicide passait de 12,8 par 100 000 habitants à 14,5 dans la population générale, alors que ces taux étaient de 10,7 et 12,5 chez les 15-19 ans. Au Québec, l'augmentation a été plus prononcée. En 1976, le taux de suicide québécois équivalait le taux canadien, en se situant à 12,4 tandis qu'en 1986, il atteignait 17,6 dépassant ainsi le taux canadien. L'augmentation chez les 15-19 ans fût encore plus importante. En 1976, le taux québécois pour ce groupe d'âge était inférieur à celui du Canada avec un taux de 7,1. Dix ans plus tard, soit en 1986, il atteignait 15,4; il a donc doublé en dix ans, représentant un décès sur cinq survenu pour ce groupe d'âge. En 1986, le Québec se situait au quatrième rang au Canada en matière de suicide, devancé de peu par l'Alberta (17,9) et derrière le Yukon (76,6) et les Territoires du Nord-Ouest (28,7). Le Québec se classe également au quatrième rang des pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé pour son taux de suicide chez les jeunes.

Les suicides complétés ne révèlent que partiellement l'ampleur du phénomène puisque les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont beaucoup plus répandues. Ainsi,

---

* Ph.D. sciences cliniques, Professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, G9A 5H7.
* Lise Côté et Christine Ross sont respectivement agente de recherche et conseillère en recherche au Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier Régional de la Mauricie, Shawinigan, G9N 1M3.
* Etude subventionnée par FRSQ/MSSS et CRSSS

Charron (1981) estime que pour chaque suicide réussi, il y a un taux de quatre tentatives de suicide dans la population, alors que Morissette (1984) situe ce taux à 10 tentatives pour un suicide. Les tentatives de suicide sont particulièrement nombreuses à l'adolescence. Une étude récente de Tousignant et al (1988) portant sur 2327 étudiants des niveaux secondaires III, IV et V (âge moyen 16,3 ans), révèle un taux de 6,7% de jeunes ayant déjà effectué une tentative de suicide. Les filles sont habituellement plus touchées par ce phénomène que les garçons. Ces mêmes auteurs rapportent une proportion de 2,7 filles pour un garçon chez les élèves de niveau secondaire, alors que Baker (1983) de l'hôpital Ste-Justine de Montréal situe ce rapport à deux filles pour un garçon. Lors d'une étude effectuée en Ontario, Garfinkel et al. (1982) rapportent trois fois plus d'adolescentes qui font des tentatives de suicide que d'adolescents. Corbeil (1984) dans le cadre d'une étude sur les adolescents utilisateurs du Service de Prévention suicide de Québec, dénombre 4 filles pour un garçon ayant fait des tentatives de suicide.

Les idéations suicidaires sont encore plus nombreuses. Les études de Tousignant et al. (1984, 1988) dénombrent un cégépien sur cinq (21,2%) ayant déjà pensé sérieusement au suicide au cours de sa vie, et 13,2% des adolescents de niveaux secondaires III, IV, V ayant entretenu des idéations suicidaires sérieuses. Récemment, les résultats de l'Enquête Santé Québec (1988) révèlent que ce sont les jeunes (15-24 ans) qui ont la plus forte prévalence d'idéations suicidaires au cours de leur vie (6,8% pour les hommes et 7,7% pour les femmes), leur taux étant près du double comparativement aux autres groupes d'âge.

Facteurs associés au suicide chez les adolescents

Les facteurs familiaux

Plusieurs études soulignent une plus grande fréquence d'absence d'un des parents suite à un décès, un divorce ou une séparation dans les familles où il y a un jeune suicidaire (Davidson

et Choquet, 1981; Garfinkel et al., 1982; Husain et Vandimer, 1984; Lamontagne et al. 1986; Tousignant et al. 1984, 1988). D'autres études mettent en relief la qualité des relations parents/adolescent suicidaire. Lamontagne et al. (1986) soulignent les discordes familiales plus importantes chez les jeunes suicidaires, alors que Tousignant et al. (1988) obtiennent des scores de négligence parentale plus élevés ainsi que des relations plus négatives entre les jeunes suicidaires et leurs parents. Également, les problèmes familiaux sont fréquemment rapportés comme événement déclencheur des pensées suicidaires. Ainsi, Baker (1983) relève que le tiers des jeunes suicidaires citent des problèmes familiaux, alors que dans l'étude de Davidson et Choquet (1981), la moitié des jeunes les mentionnent. McKenry et al. (1982) observent que les jeunes suicidaires ont une vision plus négative de leur relation avec leurs parents et perçoivent le mariage de leurs parents comme moins bien adapté comparativement aux adolescents non-suicidaires. Dans cette même étude, les parents ont tendance à s'évaluer mutuellement moins favorablement comme parent et présentent des scores d'adaptation matrimoniale plus faibles que les parents des adolescents non-suicidaires.

État de santé

Pour certains auteurs, les problèmes de santé ou de maladie grave sont retenus comme étant soit un facteur de risque associé au suicide (Grégoire et al. 1979; Tousignant et al., 1984), ou soit comme une caractéristique du vécu des adolescents suicidaires (Anderson, 1981; Davidson et Choquet, 1981; Jacobs, 1971). A cet effet, Tousignant et al. (1984) rapportent deux fois plus de problèmes de santé chez les jeunes suicidaires, soit 22% des jeunes qu'ils ont dépistés, alors que Davidson et Choquet (1981) constatent une fréquence relativement importante de maladies graves (29%) et d'hospitalisations (36%) chez les adolescents suicidaires composant leur échantillon. Jacobs (1971) souligne que 42% des adolescents

ayant fait des tentatives de suicide ont expérimenté de sérieuses maladies physiques ou blessures tôt dans la vie, comparativement à 16% des jeunes de son groupe de non-suicidaires.

Dépression

La présence d'affects dépressifs chez les jeunes suicidaires est maintes fois rapportée dans la littérature comme étant un indice important d'un vécu suicidaire (Anderson, 1981; Ladame, 1981; Marks et Haller, 1977). Ainsi, Soubrier (1976) rapporte que la majorité des études démontrent que les syndromes dépressifs sont présents dans 40% des cas de conduites suicidaires. Lors d'une étude portant sur des collégiens, Lamontagne et al. (1986) observent une dépression chez 60% des jeunes suicidaires évalués. Par contre, Davidson et Choquet (1981) diagnostiquent un état dépressif chez seulement 10,9% des jeunes suicidaires de leur échantillon. On peut donc constater que les recherches arrivent à des conclusions variées quant à l'importance de la dépression chez les adolescents suicidaires. Cette différence peut être due au fait que la dépression ne semble pas définie et évaluée de la même façon selon les auteurs, certains mesurant les affects dépressifs alors que d'autres évaluent la dépression en fonction des critères d'un diagnostic psychiatrique. Dans le même ordre d'idées, Davidson et Choquet (1981) soulignent la difficulté de diagnostic de la dépression à l'adolescence car ses modalités d'expression sont extrêmement variées.

Buts de la recherche

Étudier le suicide dans une optique qui déborde le dénombrement des cas de décès ou encore l'intervention en milieu hospitalier auprès des suicidaires admis suite à une tentative de suicide, nous semble important en regard de priorités sociales de dépistage précoce et d'intervention préventive. C'est dans cette perspective que nous avons orienté la présente recherche qui vise à étudier la prévalence du suicide dans une population générale d'adolescents de 12-18 ans en les dépistant le plus précocement possible dans le processus suicidaire, soit au

stade des idéations. Pour ce faire, nous avons recruté notre population d'étude dans des milieux scolaires secondaires. Le milieu scolaire nous semble d'emblée un terrain privilégié puisque d'une part, il constitue un milieu de vie où les adolescents peuvent être facilement évalués en grand nombre, et que d'autre part, des mesures d'intervention peuvent y être élaborées visant à reconnaître et à aider les jeunes aux prises avec des comportements suicidaires.

Une étude épidémiologique peut être de trois types: descriptive, analytique ou expérimentale (Jenicek, 1982). Pour les fins de cette recherche, l'étude épidémiologique descriptive est retenue et poursuivra comme buts: a) d'étudier la prévalence des comportements suicidaires chez les adolescents b) d'identifier les groupes-cibles en regard de l'importance des tendances suicidaires, et c) de décrire les caractéristiques qui particularisent les adolescents à tendances suicidaires.

Population

Nous avons procédé à l'évaluation de 2850 élèves provenant de quatre (4) milieux scolaires secondaires choisis dans quatre (4) villes différentes de la région administrative de Trois-Rivières (04). Tous ces jeunes, sauf 172, étaient inscrits au programme d'enseignement régulier. Ces 172 autres adolescents proviennent de programmes s'adressant aux élèves ayant des problèmes d'adaptation. Ces adolescents, sauf une dizaine, sont unilingues francophones et de race blanche. Deux des écoles secondaires évaluées appartiennent à des milieux semi-ruraux alors que les deux autres polyvalentes se composent de jeunes provenant de milieux urbains. Malgré la grande diversité des classes socio-économiques composant ces milieux, ces derniers comptent un bon nombre (près de la moitié) de jeunes issus de milieux moins favorisés au niveau économique. Pour 1986, le revenu médian des familles de ces régions se situe légèrement en deçà de celui de l'ensemble des familles québécoises, alors que le taux de chômage équivaut au taux québécois lequel atteignait 13% au moment du recensement

canadien en 1986. Pour cette même région, les taux de suicide par 100 000 habitants sont supérieurs aux taux québécois. Au sein de la population générale, le taux se chiffre à 20,6/100 000h. alors que chez les 15-19 ans, il atteint 22,5/100 000h. La région de Trois-Rivières se classe au deuxième rang au Québec après celle de l'Abitibi-Témiscamingue (26,1/100,000h.).

Méthodologie

Le dépistage des adolescents à tendances suicidaires s'est effectué à l'aide d'un questionnaire intitulé "*Expérience des jeunes de niveau secondaire* ". Ce questionnaire est une adaptation de celui élaboré par Tousignant et al. (1983) pour le dépistage de cégépiens à tendances suicidaires dans quatre (4) collèges francophones de la ville de Montréal. La section traitant des événements stressants ainsi que les questions portant sur les obsessions suicidaires ont été retranchées, ces éléments ne se rapportant pas à l'objet de notre étude. Le questionnaire de la présente recherche se divise en trois sections. La première se constitue de 12 questions socio-démographiques renseignant sur l'identification du répondant, le statut socio-économique des parents et de la famille, ainsi que sur l'état de santé du répondant et des membres de sa famille.

La deuxième section comporte une échelle de dépression composée de 20 items (Radloff-Sawyer CES-D Dysphoria Scale, 1977). Cette échelle de type Likert mesure le niveau actuel de symptomatologie dépressive avec une emphase sur la composante affective et l'humeur dépressive. Les items portent sur des états ressentis ou des comportements que le sujet a pu avoir au cours de la semaine précédente. Chaque item reçoit une cote de zéro à trois pour un total minimum de zéro et maximum de 60, le score total indiquant l'absence ou la présence d'état dépres-

sif[1]. La version française du CES-D Dysphoria Scale offre une bonne validité concurrente (r=0,73) ainsi qu'une grande consistance interne: 0,91 pour les jeunes à tendances suicidaires et 0,81 chez les adolescents non-suicidaires. Un score total de 20 est le seuil minimal indiquant la présence de dépression. Ce seuil a été fixé par Noles et al. (1985) lors d'une étude portant sur une population estudiantine universitaire. Finalement la dernière section du questionnaire de dépistage se compose de 18 questions traitant des idéations et des comportements suicidaires qui reprennent l'essentiel des éléments d'évaluation du potentiel suicidaire d'échelles connues telles Zung (1974), Stork (1977) et Morissette (1984).

La passation des questionnaires s'est effectuée par groupes/classes aux heures régulières de cours par des expérimentateurs préalablement entraînés, et a requis environ une vingtaine de minutes par classe. Le sujet du suicide n'a pas été formulé tel quel aux élèves au moment de la passation. Les examinateurs présentaient le questionnaire comme l'objet d'une recherche universitaire visant à mieux connaître le vécu, les besoins et les difficultés (dont le suicide) des adolescents de niveau secondaire.

Pour être retenus, les jeunes devaient affirmer avoir déjà pensé sérieusement au suicide et avoir donné des spécifications quant au moment et à la durée de leurs idées suicidaires. Les étudiants ayant fait une tentative de suicide étaient systématiquement retenus dans l'échantillon. Ainsi, 428 questionnaires ont été retenus pour cette étude. Par la suite, un groupe contrôle constitué de 428 autres jeunes ne présentant pas de tendances suicidaires a été créé par pairage en fonction du sexe, de l'âge, du niveau académique et du milieu scolaire. L'âge moyen pour ces deux groupes est de 14,7 ans (tableau 1).

---

[1] Le terme "état dépressif" est préféré à dépression compte tenu que celui-ci ne correspond pas nécessairement aux critères de diagnostic psychiatrique de la dépression tel que décrit dans le DSM-III.

Tableau 1

Age moyen des élèves

	niveau secondaire						
	I	II	III	IV	V	P.adap.	Total
Filles	12,4	13,7	14,9	15,5	16,3	14,2	14,7
Garçons	12,7	13,9	15,1	15,9	16,8	13,2	14,7
Total	12,6	13,8	15,0	15,7	16,5	13,7	14,7

Prévalence des comportements et idéations suicidaires

Dénombrement

Les élèves mentionnant avoir déjà pensé sérieusement au suicide comptent pour 15,4%[1] de l'ensemble des étudiants, ce qui représente un peu moins d'un (1) jeune sur sept (7). Les comportements et idéations suicidaires prévalent davantage chez les filles. Pour l'ensemble des jeunes dépistés, le ratio se situe à 1,4 filles pour 1 garçon et parmi les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide , ce rapport est de 2 filles pour 1 garçon. Ce ratio s'apparente à ceux rapportés généralement dans la littérature. Pour la majorité des jeunes dépistés (71,6%), leurs idées suicidaires sont apparues au cours des douze mois précédant la passation du questionnaire. Les taux se ressemblent pour les filles dépistées (71,8%) et pour les garçons (71,2%).

Les adolescents qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide comptent pour 22,7% des élèves dépistés et pour 3,5% de tous les jeunes évalués; ils représentent environ un jeune sur 29. Près de la moitié d'entre eux (44%) ont effectué une (1) seule tentative de suicide, un

[1] Un premier dépouillement des questionnaires nous a permis de dépister 17,7% des jeunes. Cependant, un certain nombre de protocoles ayant des données manquantes n'ont pas été retenus dans la composition du groupe expérimental.

certain nombre en a fait deux (30,8%) et quelque fois plus de 10 (6,6%). Un profil semblable se retrouve chez les filles et les garçons. Pour 68% des cas, les tentatives de suicide ont eu lieu au cours des douze mois précédant la passation du questionnaire. Les filles obtiennent un taux plus élevé (72,3%) comparativement aux garçons (59,4%).

Niveaux académiques

Les jeunes dépistés sont plus nombreux au niveau des secondaires III et IV où près d'un jeune sur cinq (5) avoue avoir déjà pensé sérieusement au suicide (tableau 2). Par la suite, viennent les niveaux secondaires V et II. Les taux les plus bas se retrouvent chez les élèves ayant des problèmes d'adaptation et en secondaire I, où ils représentent environ un jeune sur neuf (9), ce qui est considérable compte tenu de leur jeune âge. Ceci laisse croire que les idées suicidaires peuvent se manifester dès l'enfance comme l'ont d'ailleurs démontré les travaux de Pfeffer et al. (1984).

Tel que mentionné précédemment, les pensées et comportements suicidaires sont significativement plus fréquents chez les filles comparativement aux garçons. Ces adolescentes représentent 18,5% des filles évaluées, soit une fille sur 6, et constituent près de 60% des jeunes dépistés. Cette tendance se rencontre à tous les niveaux secondaires mais elle n'est significative qu'au niveau des secondaires III et IV où plus d'une fille sur cinq avoue avoir déjà pensé sérieusement au suicide. Ensuite se retrouve les filles du secondaire V, celles avec des problèmes d'adaptation et celles du secondaire II, alors qu'au secondaire I, une adolescente sur huit (8) a déjà songé sérieusement au suicide.

Chez les garçons, approximativement un sur huit avoue avoir déjà songé sérieusement à se suicider. Le taux le plus élevé de garçons dépistés se rencontre en secondaire IV représentant un peu moins d'un garçon sur sept (7), suivi des secondaires II, V et III . Le taux le plus bas du

programme d'enseignement régulier se retrouve au secondaire I avec environ un garçon sur 10, mais c'est au niveau des élèves avec des difficultés d'adaptation que le taux le plus bas s'observe chez les garçons où il se situe à 5,7% (environ un garçon sur 18). L'âge des élèves avec des problèmes d'adaptation étant le même que celui des jeunes du secondaire II, le faible taux obtenu chez les garçons avec des problèmes d'adaptation surprend car il est de deux fois inférieur à celui des garçons de secondaire II, alors que les filles avec des problèmes d'adaptation obtiennent un taux comparable à celui de leurs consoeurs.

Tableau 2

Taux d'adolescents dépistés
en fonction du niveau secondaire et du sexe

	Niveau secondaire						
	I	II	III	IV	V	P.adap.	Total
Filles	12,1	16,2	22,6	21,8	17,4	17,4	18,5
Garçons	9,9	14,0	13,2	15,2	13,8	5,7	12,6
Total	10,9	15,1	17,9	18,4	16,0	8,8	15,4

Caractéristiques de la population d'étude

Famille

Les adolescents évalués vivent majoritairement avec leurs deux parents (Tableau 3). Toutefois, une proportion significativement plus importante de jeunes à tendances suicidaires vivent au sein d'une famille monoparentale ou dans une autre situation (famille d'accueil, centre d'accueil, grands-parents, tuteur ...). Par contre, le nombre d'années vécues au sein d'une famille monparentale ou autres ne diffère pas entre les groupes. Par ailleurs, la taille des familles des jeunes à tendances suicidaires se distribue différemment de celle des non-

Tableau 3

Description des caractéristiques
des adolescents à tendances suicidaires et non-suicidaires

Variables	adolescents à tendances suicidaires %	adolescents non-suicidaires %	d.l.	x^2	p
Famille					
Intacte	63,3	75,3			
Monoparentale	30,4	22,2	2	16,80	0,0002
Autres	6,3	2,6			
Taille de la famille					
4 enfants ou plus	29,6	21,4			
2 ou 3 enfants	61,9	67,8	2	7,92	0,02
Unique	8,5	10,7			
Scolarité du père					
Primaire	16,1	15,6			
Secondaire	36,2	39,6	2	0,52	n.s.
collégial ou universitaire	22,0	20,5			
Information manquante	25,5	23,8			
Scolarité de la mère					
Primaire	14,5	15,6			
Secondaire	45,8	46,2	2	1,11	n.s.
Collégial ou universitaire	16,4	20,0			
Information manquante	23,4	18,0			
Occupation du père					
Ouvrier	43,2	41,5			
Sans emploi	7,0	6,3	3	1,07	n.s.
Décédé	3,0	2,3			
Information manquante	9,8	9,3			
Occupation de la mère					
A la maison	45,8	50,2			
Ouvrière	13,8	9,8	3	6,57	n.s.
Décédée	1,6	0,05			
Information manquante	5,6	4,2			
Problèmes de santé	20,4	8,5	1	23,95	0,00009
Problèmes de santé dans la famille rapportés par les adolescentes	36,1	27,5	1	4,32	0,04

Tableau 3

Description des caractéristiques
des adolescents à tendances suicidaires et non-suicidaires

Variables	adolescents à tendances suicidaires %	adolescents non-suicidaires %	d.l.	X^2	p
Famille					
Intacte	63,3	75,3			
Monoparentale	30,4	22,2	2	16,80	0,0002
Autres	6,3	2,6			
Taille de la famille					
4 enfants ou plus	29,6	21,4			
2 ou 3 enfants	61,9	67,8	2	7,92	0,02
Unique	8,5	10,7			
Scolarité du père					
Primaire	16,1	15,6			
Secondaire	36,2	39,6	2	0,52	n.s.
collégial ou universitaire	22,0	20,5			
Information manquante	25,5	23,8			
Scolarité de la mère					
Primaire	14,5	15,6			
Secondaire	45,8	46,2	2	1,11	n.s.
Collégial ou universitaire	16,4	20,0			
Information manquante	23,4	18,0			
Occupation du père					
Ouvrier	43,2	41,5			
Sans emploi	7,0	6,3	3	1,07	n.s.
Décédé	3,0	2,3			
Information manquante	9,8	9,3			
Occupation de la mère					
A la maison	45,8	50,2			
Ouvrière	13,8	9,8	3	6,57	n.s.
Décédée	1,6	0,05			
Information manquante	5,6	4,2			
Problèmes de santé	20,4	8,5	1	23,95	0,00009
Problèmes de santé dans la famille rapportés par les adolescentes	36,1	27,5	1	4,32	0,04

suicidaires. Ainsi, les jeunes dépistés se retrouvent plus souvent dans des familles de 4 enfants et plus, alors que les adolescents non-suicidaires proviennent plus souvent de familles où il y a de 2 à 3 enfants. Une observation similaire a été faite par Angel et al. (1978) en France.

Occupations et scolarité des parents

Les jeunes à tendances suicidaires et les adolescents non-suicidaires sont issus pour la plupart d'un milieu ouvrier où le père est un travailleur manuel et la mère demeure à la maison. Les niveaux de scolarité du père et de la mère se distribuent presqu'également dans les deux groupes. Pour plus du tiers des cas, le père a suivi un cours secondaire et un père sur cinq a fait des études collégiales ou universitaires. Pour les mères, près de la moitié d'entre elles ont suivi un cours secondaire et environ une mère sur sept a fait des études post-secondaires. Également, Tousignant et al. (1988) ne retrouvent pas de disparités importantes concernant la scolarité des parents. Bien que, les niveaux de scolarité des parents varient dépendamment si ces derniers vivent toujours ensemble ou s'ils sont séparés, la scolarité des parents ne s'associe pas clairement à la présence ou non de tendances suicidaires chez les adolescents.

État de santé

Les problèmes de santé sont significativement plus fréquents chez les adolescents à tendances suicidaires; 20,4% de ces jeunes souffrent d'un problème de santé quelconque comparativement à seulement 8,5% des adolescents non-suicidaires. Dans les deux groupes d'adolescents, les problèmes de santé mentionnés par les jeunes sont la plupart du temps mineurs tels de l'asthme, des allergies, des maladies de peau (eczéma, psoriasis ...) ou des malaises physiques (mal de dos, de genoux ...). Cependant, les maladies plus graves (troubles hormonaux, maladies héréditaires ...) comptent pour 11,9% des problèmes de santé rapportés par les adolescents à tendances suicidaires, alors qu'aucun n'en rapporte parmi les non-

suicidaires. Aussi, les filles dépistées rapportent significativement plus souvent des problèmes de santé que leurs confrères (X^2=5,591; d.l.=1; p=0,018). En effet, 23,8% des adolescentes dépistées souffrent d'un problème de santé quelconque comparativement à 15,5% des garçons.

Au sein de la famille, les problèmes de santé sont significativement plus souvent rapportés par les filles ayant des tendances suicidaires. De celles-ci, 36,1% ont au moins une personne de leur famille (famille immédiate ou grands-parents) qui souffre d'un problème de santé. Parmi les adolescentes non-suicidaires, 27,5% d'entre elles ont au moins une personne de leur famille qui vit des problèmes de santé. Cette relation ne s'observe pas entre les garçons dépistés (28,5%) et ceux non-suicidaires (22,2%).

Pour plus de 60% des cas, et ce autant chez les jeunes à tendances suicidaires que chez les adolescents non-suicidaires, c'est la santé de l'un ou l'autre des parents qui est affectée et dans 20% des cas, l'un des membres de la fratrie. Au sein des deux groupes, les problèmes de santé identifiés dans la famille sont mineurs pour la plupart des cas (57% pour les deux groupes). Il s'agit soit d'asthme, d'allergies, de maladies de peau (eczéma, psoriasis ...) ou de malaises physiques (mal de dos, de genoux ...).

<u>État dépressif et perte d'intérêt de la vie</u>

Les éléments dépressifs caractérisent particulièrement les adolescents à tendances suicidaires. Les résultats obtenus à l'échelle de dépression CES-D Dysphoria Scale révèlent des différences importantes entre les scores moyens obtenus par les jeunes dépistés et ceux formant le groupe des non-suicidaires (t= 18,45 (d.l. 849) p< 0,0009). Par la suite, les jeunes ont été classé en fonction de l'absence ou la présence de vécu dépressif. Les résultats indiquent que 65,4% des jeunes dépistés vivent un état dépressif actuel comparativement à 15,9% des adolescents non-suicidaires. Aussi, les filles vivent un état dépressif plus

important et ce, de façon significative, tant chez les jeunes dépistés (t=2,35; d.l.=421; p=0,02) qu'au sein du groupe des non-suicidaires (t=3,22; d.l.=409,65; p=0,001).

Comparativement aux jeunes non-suicidaires, les adolescents à tendances suicidaires sont plus enclins à penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (t=28,81, d.l.=847, p< 0,0009) et à se sentir tellement découragés qu'ils auraient voulu mourir (t=32,04, d.l.=839,94; p< 0,0009). Ce sentiment de découragement touche significativement plus les filles que les garçons et ce, dans les deux groupes (dépistés: t=2,05; d.l.=421; p=0,004) (non-suicidaires: t=2,05; d.l.=424; p=0,04).

Événements déclencheurs

Les problèmes familiaux (tels conflits avec les parents ou la fratrie, divorce, séparation des parents, violence, inceste) constituent l'événement déclencheur le plus fréquemment évoqué, suivi des problèmes sentimentaux (tableau 4). Ces problèmes réfèrent surtout à des difficultés d'ordre relationnel impliquant la famille ou les pairs. Par ailleurs, un nombre important (19,5%) de jeunes ne se prononcent pas sur la nature de l'événement ayant déclenché leurs idées suicidaires. Il ressort des entrevues effectuées auprès d'un certain nombre d'adolescents à tendances suicidaires, que ce n'est pas un problème particulier mais la convergence de plusieurs problèmes qui a été le déclencheur, alors que d'autres identifient un découragement général de sorte qu'il n'y a pas d'événement particulier ayant provoqué les idéations suicidaires.

Les filles identifient significativement plus souvent les problèmes familiaux (X^2=14,889; d.l.=1; p=0,0001) comme événement déclencheur que leurs confrères ainsi que les problèmes avec des amis (X^2=6,503; d.l.=1; p=0,01). Pour leur part, les garçons rapportent significativement plus souvent qu'aucun événement particulier n'est relié à leurs idées suicidaires (X^2=8,808; d.l.=1; p=0,003).

Tableau4

Evénements déclencheurs identifiés par
les jeunes à tendances suicidaires

	Total		Filles		Garçons	
	N	%	N	%	N	%
Prob. familiaux*	155	37,7	111	45,3	44	26,5
Prob. sentimentaux	71	17,3	48	19,6	23	13,9
Prob. avec les amis*	38	9,2	30	12,2	8	4,8
Prob. scolaires	37	9,0	17	6,9	20	12,0
Isolé ou rejeté	23	5,6	13	5,3	10	6,0
Refus de aire	20	4,9	8	3,3	12	7,2
Prob. généralisés	19	4,6	11	4,5	8	4,8
Prob. de drogue	13	3,2	4	1,6	9	5,4
Décès d'un proche	11	2,7	10	4,1	1	0,6
Placement	4	1,0	3	1,2	1	0,6
Autres	55	13,4	28	11,4	27	16,3
Aucun événement*	80	19,5	36	14,7	44	26,5

* Comparaisons filles-garçons significatives.
Les pourcentages sont basés sur le nombre de répondants

Confidents

Il était demandé aux jeunes d'identifier les personnes auxquelles ils aimeraient se confier s'ils leur arrivaient de traverser des expériences difficiles. Tant chez les adolescents à tendances suicidaires que parmi les non-suicidaires, les confidents privilégiés sont les amis (tableau 5). Comparativement aux jeunes non-suicidaires, on note un désintéressement pour la famille chez les adolescents ayant des tendances suicidaires. Ces derniers identifient significativement moins souvent les parents comme confidents, ainsi que la fratrie ou un parent éloigné (oncle, tante, cousin(e)) ce qui ne surprend pas puisque 37,7% des jeunes mentionnent les problèmes familiaux comme événement déclencheur de leurs idées suicidaires. Cependant, même s'ils sont choisis significativement moins souvent, les parents viennent au deuxième rang

Tableau 5

Les confidents souhaités

	adolescents à tendances suicidaires		non-suicidaires		X^2	p
	N	%	N	%		
Ami(e)	288	67,4	286	68,9	0,209	0,65 n.s.
Partenaire amoureux	179	41,9	153	36,8	2,333	0,13 n.s.
Parents	97	22,7	233	56,0	98,045	0,00009
Psychologue	78	18,3	57	13,7	3,265	0,07 n.s.
Fratrie	74	17,3	110	26,4	10,254	0,001
Trav. social	47	11,0	29	7,0	4,184	0,04
Parents éloignés	31	7,3	48	11,5	4,542	0,03
Infirmière	18	4,2	16	3,8	0,074	0,79 n.s.
Professeur	16	3,7	22	5,3	1,163	0,28 n.s.
Grands-parents	7	1,6	10	2,4	0,623	0,43 n.s.

* Les pourcentages sont basés sur le nombre de répondants.

des confidents après les pairs (ami(e) et partenaire amoureux). Les professeurs, pour leur part, viennent parmi les derniers, au dixième rang chez les jeunes à tendances suicidaires et au huitième rang parmi les non-suicidaires. Le regroupement des confidents souhaités pour les membres de la famille (parents, fratrie, grands-parents, parents éloignés) permet de constater, comme on peut s'y attendre compte tenu des résultats présentés précédemment, que les adolescents dépistés identifient moins souvent les membres de la famille comme confidents (X^2=43,7304 ;d.l.=1; p< 0,00009) et plus souvent les professionnels non-enseignants que les non-suicidaires (X^2=9,922;d.l.=1; p< 0,002).

Les jeunes à tendances suicidaires répondent significativement plus souvent avoir eu envie de se confier à quelqu'un sans trouver personne pour les écouter comparativement aux non-suicidaires (X^2=43,853 ;d.l.=1; p< 0,00009). Ainsi, 61,6% des adolescents à tendances

suicidaires affirment s'être déjà trouvé dans cette situation, comparativement à 38,7% au sein du groupe des jeunes non-suicidaires. Également, les filles non-suicidaires mentionnent avoir vécu cette situation plus souvent que les garçons du même groupe (X^2=7,339 ;d.l.=1; p=0,007).

La comparaison du choix des confidents des filles et des garçons ayant des tendances suicidaires révèle que les filles identifient significativement plus souvent un ami (X^2=16,510 d.l. 1, p< 0,00009) comme confident souhaité que les garçons, ainsi que le travailleur social (X^2=7,088, d.l.=1; p< 0,008) et la fratrie (X^2= 5,068 d.l.=1; p< 0,02). Chez les adolescents non-suicidaires, les filles identifient encore significativement plus souvent un ami comme confident souhaité que les garçons (X^2=21,158, d.l.=1; p< 0,00009).

Lorsque les jeunes dépistés confient leurs pensées suicidaires, ils le font majoritairement à un ami (72,8%), ensuite à leur partenaire amoureux (14,6%), dans certains cas à leurs parents, plus spécifiquement la mère (8,9%), ou à un membre de la fratrie (5,3%). Cependant, un nombre important de jeunes disent n'avoir confié à personne leurs pensées suicidaires (40,7%). Comparativement aux filles (32,9%), les garçons (52,1%) sont significativement plus nombreux à s'abstenir de toute confidence (X^2=14,379; d.l.=1; p=0,0001). Généralement, les confidents diffèrent peu entre les filles et les garçons, sauf concernant la mère. Un nombre significativement plus important de garçons (17,3%) se confient à leur mère comparativement aux filles (4,9%) (X^2=8,847; d.l.=1; p=0,003).

Les réactions des confidents sont acceptantes dans près de la moitié des cas (43%). Par contre, 57% des confidents adoptent des attitudes négatives se manifestant soit par une attitude ridiculisante, par de l'incompréhension ou par de l'indifférence (24%). Chez 9,1% des confidents, les confidences ont provoqué l'aveu de pensées suicidaires ou de la contamination (ex. "je

vais le faire avec toi"). Ce type de réaction se rencontre presqu'exclusivement chez les amis, soit 82,2%. Les autres réactions négatives rencontrées sont la détresse (8,7%), la surprise (5,8%), ou le doute (5,2%). Les filles rencontrent significativement plus souvent des attitudes ridiculisantes, de l'incompréhension ou de l'indifférence de la part des confidents (27,7%) que les garçons (14,6%) (X^2=5,99; d.l.=1; p=0,02). Ces derniers font face plus souvent à des réactions de surprise ou de doute (18,0%) de la part de leurs confidents comparativement aux filles (8,2%) (X^2=6,21; d.l.=1; p=0,01).

Tableau 6

Moyens de suicide identifiés par les jeunes

	Total		Filles		Garçons	
	N	%	N	%	N	%
Intoxication	117	28,5	84	34,6	33	15,6
Pendaison	68	16,6	38	15,6	30	17,9
Lacération	66	16,1	44	18,1	22	13,1
Chute	60	14,6	29	11,9	31	18,5
Arme à feu	49	11,9	9	3,7	40	23,8
Arme blanche	42	10,2	20	8,2	22	13,1
Suffocation	24	5,8	18	7,4	6	3,6
Précipiter devant un véhicule	23	5,6	14	5,8	9	5,4
Noyade	14	3,4	8	3,3	6	3,6
Accident de voiture	9	2,2	4	1,7	5	3,0
Arrêt de manger	5	1,2	4	1,7	1	0,6
Autres	10	2,4	7	2,9	3	1,8

Les pourcentages sont basés sur le nombre de répondants.

Planification de la tentative de suicide

Nous avons relevé quels étaient les moyens imaginés ou mis en oeuvre par les jeunes ayant élaboré des plans ou fait des tentatives de suicide (tableau 6). Le moyen le plus fréquemment mentionné est l'intoxication par médicaments, drogue ou alcool. Ce moyen est

évoqué par 28,5% des jeunes. Les autres moyens les plus fréquemment cités sont: la pendaison, la lacération, une chute, une arme à feu ou une arme blanche . Cependant les filles et les garçons ne privilégient pas les mêmes moyens. Alors que le tiers des filles préfèrent l'intoxication, le quart des garçons favorisent l'arme à feu. En deuxième lieu les filles optent pour la lacération, ensuite la pendaison ou une chute. Pour les garçons, l'intoxication se retrouve au deuxième rang suivie d'une chute, de la pendaison et ex equo, de l'arme blanche ou de la lacération. Également, parmi les jeunes qui ont élaboré des moyens, 65,8% de ceux-ci affirment avoir songé sérieusement à mettre leurs plans à exécution. Il y a une proportion plus importante de garçons (72,3%) que de filles (60,2%) mais non-significative.

Relations entre l'âge et les tendances suicidaires

Également, les jeunes dépistés ont été classés en deux catégories d'âge. La première inclus les adolescents à tendances suicidaires de 13 ans et moins, la deuxième regroupe ceux de 14 ans et plus. Cette première catégorie se compose d'un nombre égal de filles et de garçons, alors que chez les adolescents plus âgés ce rapport est de 1,5 filles dépistées pour 1 garçon. Les tentatives de suicide sont aussi moins nombreuses. Chez les plus jeunes, on enregistre une tentative de suicide pour 8 adolescents dépistés tandis que chez les plus vieux ce ratio se situe à 1 pour 4. Les jeunes dépistés (84,3%) rapportent plus souvent que leurs idées suicidaires sont apparues au cours des douze derniers mois et celles-ci sont de plus courte durée (une semaine ou moins: 67,8%) que chez les plus âgés. Au niveau de la famille, les jeunes à tendances suicidaires de 13 ans et moins se retrouvent significativement plus souvent (X^2= 7,366, d.l.=2; p=0,03) dans une famille monoparentale (40,8%; autres: 4,1%) que les dépistés plus âgés (26,9%; autres: 7,1%).

Les jeunes adolescentes sont moins enclines à se confier comparativement aux plus vieilles. Chez les adolescentes de 13 ans et moins, seulement 53,8% ont confié leurs pensées suicidaires alors que 70,5% des plus vieilles en ont parlé (X^2=5,113 d.l.= 1; p=0,02). Parmi les personnes auxquelles les adolescents aimeraient se confier s'ils leur arrivaient des expériences difficiles, les dépistés plus jeunes identifient significativement plus souvent les professeurs (7,1%) que les plus âgés (2,8%) (X^2=3,903; d.l.=1; p=0,05), alors que ces derniers choisissent significativement plus souvent le partenaire amoureux (44,9%; les plus jeunes: 31,6%) (X^2=5,433; d.l.=1; p=0,02). Également chez les adolescents non-suicidaires, le partenaire amoureux est identifié deux fois plus souvent par les adolescentes de 14 ans et plus (44,0%) comparativement aux plus jeunes (X^2=7,915; d.l.=1; p=0,005). Les garçons de ce même groupe d'âge identifient plus souvent les amis (14 et plus: 61,3%; 13 et moins: 42,6%) (X^2=9,572; d.l.=1; p=0,002),.tandis que .s parents sont choisis significativement moins souvent par ces adolescents (51,7%) en comparaison aux plus jeunes (69,3%) (X^2= 9,572; d.l.=1; p=0,002). Ces constatations rejoignent les propos de Garbarino et al. (1977) lesquels observent que plus l'enfant évolue vers l'adolescence, plus le nombre d'adultes importants diminue. De plus, il n'est guère surprenant que les plus jeunes identifient moins souvent le partenaire amoureux puisque la plupart d'entre eux n'en ont probablement pas compte tenu de leur jeune âge. Chez les adolescents à tendances suicidaires, la diminution du nombre d'adultes importants ne semble pas s'appliquer puisque peu importe l'âge, les parents sont peu choisis, alors que les pairs (ami(e) et partenaire amoureux) prédominent. La seule exception concerne les professeurs qui eux, sont choisis plus souvent par les 13 ans et moins.

Les adolescents non-suicidaires de 14 ans et plus sont significativement plus déprimés que les plus jeunes (t= -3,58; d.l.=424; p< 0,0009). Cette observation s'inscrit dans le développement normal de l'adolescence. Ladame (1981) souligne qu'une certaine dépressivité apparaît pendant l'adolescence et fait partie du processus des deuils de l'enfance. Chez les

adolescents à tendances suicidaires, cette distinction n'est pas observée; les plus jeunes étant aussi déprimés que les plus âgés.

Conclusion

Le suicide et les comportements suicidaires apparaissent de plus en plus précocement chez les jeunes. Certaines recherches québécoises récentes permettent de mieux saisir l'ampleur de ce phénomène. Tousignant et al. (1984) identifièrent 21,2% des cégépiens lesquels mentionnaient avoir déjà pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie et 8,1% de ceux-ci déclaraient avoir fait une tentative de suicide. Bouchard (1987), lors d'une étude en milieu universitaire, dénombre 19,9% de jeunes adultes ayant déjà pensé sérieusement au suicide et 6,9% de ceux-ci rapportaient avoir déjà effectué une tentative de suicide. Également, Bergeron (1988), dans une étude portant sur des cégépiens, trouve un taux de 8% de tentatives de suicide. La seule étude portant sur une population générale d'adolescents est celle effectuée par Tousignant et al. (1988). Ces derniers obtiennent un taux de 13,2% d'adolescents des niveaux secondaires III, IV et V ayant entretenu des idéations suicidaires sérieuses, dont 6,7% de ceux-ci ont déjà fait une tentative de suicide. Les taux obtenus par ces chercheurs peuvent correspondre à ceux que nous avons retrouvé. En effet, en réévaluant notre population en nous ajustant sur les critères d'évaluation du potentiel suicidaire utilisés par Tousignant et al. et en limitant notre échantillon aux niveaux secondaires III, IV et V, nous obtenons un taux de 13,4% d'idéatifs. Toutefois, les jeunes de notre population obtiennent un taux inférieur de tentatives de suicide (4,2%) comparativement à celui retrouvé chez les jeunes montréalais par ces chercheurs. L'ensemble de ces résultats démontre la croissance du taux des tentatives de suicide avec l'âge. A l'intérieur de notre population d'étude, cette progression s'observe également, les plus vieux étant deux fois plus nombreux (secondaire V: 4,3%) a effectué des tentatives de suicide comparativement aux plus jeunes (secondaire I: 2%).

En général, les filles à tendances suicidaires sont un peu plus nombreuses que les garçons, mais chez les plus jeunes (13 ans et moins) les taux sont équivalents. Ce nivellement peut être attribuable au jeune âge des sujets, la disparité entre filles garçons s'installant au cours de l'adolescence; néanmoins, on peut se demander si ce nivellement laisse présager une augmentation du phénomène chez les garçons dans le futur. Si tel est le cas, la surmortalité des garçons par suicide pourrait s'accroître encore plus au cours des prochaines années.

Les filles et les garçons à tendances suicidaires sont plus enclins à vivre un état dépressif comparativement aux autres adolescents. Une étude effectuée par Robert (1988), portant sur la perception de soi des adolescents à tendances suicidaires, révèle que ces derniers vivent un état dépressif intense et sont habités par des sentiments de dévalorisation et de mésestime de soi en comparaison aux adolescents non-suicidaires. De plus, la perception qu'ils ont d'eux-mêmes tend à se détériorer en fonction du potentiel suicidaire. Dans le même ordre d'idées, Lamontagne et Delarge (1987) soulignent que les personnes déprimées ont une piètre estime d'elles-mêmes et affichent une dépendance dans leurs relations interpersonnelles. Ceci rejoint les résultats d'une recherche effectuée par King (1986) laquelle portait sur l'évaluation de l'expérience adolescente de 60,000 jeunes ontariens. Cet auteur a constaté que les filles présentent une estime de soi plus faible et se perçoivent plus dépendantes de l'appréciation externe que les garçons. Ces observations pourraient expliquer les différences que nous avons observées entre les filles et les garçons au niveau du vécu dépressif tant au sein du groupe des jeunes à tendances suicidaires que celui des non suicidaires.

La présence de plusieurs caractéristiques distinctives au niveau de la famille nous portent à croire que le vécu familial peut être problématique chez les jeunes à tendances suicidaires. On note pour le tiers d'entre eux la présence de problèmes familiaux comme événement déclencheur des idées suicidaires, un désintérêt concernant le choix des parents comme confi

dents possibles, une plus grande fréquence de familles monoparentales, plus particulièrement chez les 13 ans et moins, ainsi qu'un nombre plus élevé d'enfants dans leur famille. Ces différents facteurs combinés entre eux, peuvent occasionner des problèmes dans les familles où il y a un jeune à tendances suicidaires, ces problèmes pouvant être d'ordre économique et/ou relationnel, comme l'ont démontré d'autres recherches mentionnées précédemment. Il est possible que les plus jeunes (13 ans et moins) soit plus affectés par ces problèmes familiaux, d'autant plus que près de la moitié d'entre eux vivent dans une situation autre qu'avec leurs deux parents. Du fait de leur jeune âge, ils risquent d'avoir moins de ressources, à la fois personnelles et extérieures, pour faire face à ces difficultés. Ces facteurs familiaux sont autant d'indices à prendre en considération par les personnes travaillant auprès des adolescents puisque les problèmes vécus au sein de la famille ont été mentionnés par ces derniers, comme le premier déclencheur des comportements suicidaires.

Nous avons également effectué des analyses discriminantes sur l'ensemble des caractéristiques de notre population d'étude. Il ressort de ces analyses que les variables [illegible] le plus les adolescents à tendances suicidaires des non-suicidaires se rapportent aux énoncés reliés à leur perte d'intérêt de la vie et à la présence d'un état dépressif. Ces constatations suggèrent que l'observation d'affects dépressifs peut être un indice de la présence d'un potentiel suicidaire chez les adolescents et qu'une bonne méthode de dépistage consiste à aborder directement la question avec eux. Le taux élevé d'adolescents présentant des tendances suicidaires démontre la nécessité d'implanter des programmes d'intervention préventive en milieu scolaire à tous les niveaux secondaires. Ces programmes devront certes offrir un support aux adolescents en difficulté mais également s'adresser aux pairs et aux adultes qui les côtoient. De plus, près de la moitié des jeunes que nous avons dépistés ne parlent pas de leurs pensées suicidaires à leur entourage. Lorsqu'ils en parlent, les réactions suscitées suite aux confidences démontrent à quel point ceux qui les côtoient ne savent pas comment réagir. Comme les pairs sont les

confidents privilégiés, il est d'autant plus important de les sensibiliser et de les informer sur la problématique.

Également, plus de la moitié des jeunes à tendances suicidaires affirment s'être trouvé dans une situation où il n'y avait personne pour les écouter lorsqu'ils avaient envie de se confier. Cette situation peut être interprétée comme le fait que les jeunes se sont heurtés à des personnes peu réceptives à leurs problèmes; encore se peut-il qu'ils vivent dans un état d'isolement affectif ou social tel qu'ils n'aient personne vers qui se tourner lorsqu'ils ont envie de parler de leurs problèmes. Même si seulement le cinquième de nos jeunes dépistés ont fait des tentatives de suicide, il n'en demeure pas moins que les adolescents qui ont des idéations suicidaires ou qui ont songé à des moyens de suicide souffrent , parfois en silence, et ont besoin d'un support approprié pour les aider à surmonter leurs difficultés.

Références

ANDERSON, D. R. (1981). Diagnosis and prediction of suicidal risk among adolescents, *in* C.T. Wells; R. Stuart: *Self-destructive behavior in children and adolescents* (pp. 45-59). New-York: Van Nostland Reinhold.

ANGEL, P.; TALEGHAMI, M.; CHOQUET, M.; COURTECUISSE, N. (1978). Abord épidémiologique de la tentative de suicide de l'adolescent: quelques réponses de l'environnement. *L'Evolution psychiatrique. 43* (2), 351-368.

BAKER, M. (1983). Hôpital Ste-Justine, pédiatrie pour les adolescents 12-18 ans. Colloque le suicide des jeunes, Association pour la santé publique du Québec (ASPQ).

BERGERON, Y. (1988). Étude épidémiologique sur les tendances suicidaires chez les cégépiens. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.

BOUCHARD, L. (1987). Incidence des comportements suicidaires chez les étudiants de l'Université de Montréal. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal: Université de Montréal.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC (1988). *La situation démographique au Québec.* Québec: Les publications du Québec.

CANADA, BUREAU DE LA STATISTIQUE (1988). *Causes de décès, la statistique de l'état civil 1986* . Ottawa: Statistiques Canada.

CHARRON, M.F. (1981). *Le suicide au Québec, analyse statistique.* Québec: Service des études épidémiologiques du Ministère des Affaires Sociales.

CORBEIL, S.-C. (1984). Suicide et adolescence, *in* P. Morissette: *Le suicide, démystification, intervention , prévention.* (pp. 272-306). Québec: Garotex.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M. (1981). *Le suicide de l'adolescent, étude épidémiologique.* Paris: Les Éditions ESF.

EMOND, A. et al. (1988). *Et la santé, ça va? Tome 1, Rapport de l'enquête Santé Québec.* Québec: Les Publications du Québec.

GARBARINO, J.; BURSTON, N.; ROBER,S.; RUSSELL, R.; CLOUTIER,A. (1977). The social maps of children approaching adolescence: studying of youth development. *Journal of youth and adolescence, 7,* 417-428.

GARFINKEL, B.D.; FROESE, A.; HOOD,J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *American journal of psychiatry, 139*(10), 1257-1261.

GROUPE D'ETUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE AU CANADA (1987). *Le suicide au Canada.* Santé et Bien-être social Canada.

GREGOIRE, J. C.; PHANEUF-PERRON, L.; ROBITAILLE, M.; JUNEAU, M. (1979). *Le suicide chez les jeunes adultes de 15-30 ans: Revue de la littérature, rapport final.* Montréal: Université de Montréal.

HUSAIN, S. A.; VANDIMER, T. (1984). *Suicide in children and adolescents*. New-York: Medical and Scientific Books.

JACOBS, J. (1971). *Adolescent suicide*. New-York: Wiley.

JENICEK, M.; CLEROUX,R. (1982). *Épidémiologie, principes, techniques, application*. Montréal: Edisem.

KING, A.J.C. (1986). *The adolescent experience*. Toronto: The Ontario Secondary School teachers's Federation.

LADAME, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.

LAMONTAGNE, Y.; ELIE, R.; BELISLE, M.; DUCHASTEL, A.; MARSEILLE, M.-C.; MERCURE, G. (1986). Suicide et dépression chez les étudiants de cégep. *Union médicale du Canada, 115* (8), 522-527.

LAMONTAGNE,Y.; DELAGE,J.(1987). *La dépression*. Montréal: Les Éditions La Presse Ltée.

MARKS, P.; HALLER, D. (1977). Now, I lay me down for keeps: A study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 390-400.

McKENRY, P.C.; TISHLER, C.L.; KELLEY, C. (1982). Adolescent suicide: A comparaison of attempters and nonattempters in an emergency room population. *Clinical pediatrics, 21* (5), 266-270.

MORISSETTE, P. (1984). *Le suicide, démystification, intervention , prévention*. Québec: Garotex.

NOLES, S.W.; CASH, T. F.; WINSTEAD, B. (1985). Body image, physical attractivness and depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 53*, 88-94.

PFEFFER, C. R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHIK, R.; MIZRUCHI, M.S. (1984). Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of child Psychiatry, 23*, 416-423.

RADLOFF, L. S. (1977). The CES-D Scale, a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1* (3), 385-401.

ROBERT, A.(1988). La perception de soi et du milieu chez l'adolescent à tendances suicidaires. Mémoire de maîtrise inédit. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.

SOUBRIER, J. P.(197o). A propos de la dépression du jeune; remarques d'ordre suicidologique et d'origine épidémiologique. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, 24*, 305-308.

STORK, J.(1977). Échelle d'évaluation du risque suicidaire. *Psychiatrie de l'enfant, 20*, 493-520.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1983). *Expérience des jeunes en milieu collégial: questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires.* Montréal: Université du Québec à Montréal.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. *Santé Mentale au Québec, 9*, 122-133.

TOUSIGNANT, M.; HAMEL, J.; BASTIEN, M.-F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec, 13* (2), 79-93.

ZUNG, W. (1974). Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide. *in* A. T. Beck et al. *Prevention in the prediction of suicide.* Maryland: Charles Press.

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRES

ARTICLE SOUMIS
A LA REVUE
APPRENTISSAGE ET SOCIALISATION... EN PISTE

PAR

JOCELYNE PRONOVOST
JACQUES BOUCHER
LISE COTE

Avril 1989

RESUME

La présente recherche porte sur l'évaluation de 44 adolescents de niveau secondaire I et III présentant des tendances suicidaires, comparés à 44 autres adolescents jumelés en fonction du sexe, de l'âge, du niveau académique et de la constitution de la famille, mais n'ayant pas un potentiel suicidaire. Les résultats de cette étude font ressortir la présence d'un lien entre le fait d'avoir des tendances suicidaires et celui d'avoir des problèmes de rendement académique et d'être identifié comme décrocheur; cette situation touche aussi bien les filles que les garçons. D'autres caractéristiques, telles l'absentéisme et des comportements désintéressés en classe, sont observées chez un nombre important de ces adolescents. Les données révèlent que les professeurs ont une perception plus négative du comportement de ces élèves, et que ces derniers ont été contactés en plus grand nombre par les professionnels non-enseignants en relation avec leurs problèmes à l'école. Nous constatons également que ce sont vers les amis(es) que se tourne la majorité des adolescents suicidaires pour chercher un support à leurs problèmes, et qu'ils semblent peu enclins à se confier aux professionnels non-enseignants et à leurs professeurs. Nous devons ainsi considérer que la présence de problèmes de fonctionnement scolaire peut être un indice possible d'un potentiel suicidaire chez l'adolescent.

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRES

Jocelyne Pronovost[1]
Jacques Boucher
Lise Côté

Le suicide chez les jeunes

Depuis plusieurs années, le taux de suicide prend de l'ampleur au Québec alors qu'en 1986, le suicide était responsable de 2,4% des décès dans la population générale. Les jeunes sont particulièrement touchés par le suicide: 22,7% des décès chez les 15-19 ans sont imputables au suicide et ce, sans compter les suicides non-déclarés. Les suicides complétés ne révèlent que partiellement l'ampleur du phénomène puisque les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont beaucoup plus répandues. Les résultats de l'enquête Santé Québec (1988) démontrent en effet que ce sont les jeunes (15-24 ans) qui ont la plus forte prévalence d'idéations suicidaires au cours de leur vie (6,8% pour les hommes et 7,7% pour les femmes), leur taux étant près du double comparativement aux autres groupes d'âge. Une étude récente de Tousignant et al. (1988) sur les conduites suicidaires de 2,327 jeunes de niveau secondaire de la région de Montréal, démontre l'importance de celles-ci. D'après les résultats, 13,2% des adolescents de leur échantillon ont déjà pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie, et 6,7% avouent avoir tenté de se suicider. Le taux de suicidaires est doublement élevé chez les filles comparativement aux garçons.

---

[1] Jocelyne Pronovost, Ph.D., est professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Jacques Boucher et Lise Côté, maîtrise en psychologie, sont assistants de recherche.

Le vécu scolaire de l'adolescent suicidaire

Bon nombre d'auteurs font état de problèmes scolaires chez les adolescents suicidaires (Davidson et Philippe, 1986; Husain et Vandimer, 1984). Ces problèmes prennent la forme d'échecs scolaires (Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981; Garfinkel et Golombek, 1983; Ladame, 1981, Tousignant et al., 1984), d'une baisse de rendement (Toolan, 1975, Wenz, 1979), de difficultés à se concentrer sur ses études (Greuling et De Blassie, 1980; Ladame, 1981) et d'absences non motivées (Garfinkel et Golombek, 1983). Pour la plupart d'entre eux, le point d'aboutissement de cette suite de difficultés est l'abandon scolaire (Anderson, 1981; Garfinkel et Golombek, 1983; Ladame, 1981; Marks et Haller, 1977). A ce sujet, il est à noter que 36% des adolescents étudiés par Teicher (1979) n'étaient pas inscrits à l'école au moment de leur tentative de suicide, et que peu d'entre eux avaient abandonné l'école à cause de pauvres résultats scolaires. Le plus souvent ces adolescents n'étaient pas inscrits à l'école pour des raisons médicales, à cause de problèmes comportementaux ou pour un manque d'intérêt envers l'école.

Pour leur par[illegible] soulignent que le suicide est plus souvent associé à des indivi[illegible] bien que plus de la moitié des jeunes ayant fait [illegible] naire [illegible] des échecs ou des abandons scolair[illegible] auteurs co[illegible] les tentatives les plus sévères sont en corrélation avec des succès [illegible] tentatives mineures et modérées sont pour leur part associées significativement avec des échecs scolaires. Toutefois, certaines études (Rohn et al., 1977; Stanley et Barter, 1970) font état de résultats contradictoires quant aux performances scolaires des adolescents suicidaires.

Jacobs (1971) estime que la fréquence de changements d'école est un facteur permettant de différencier les adolescents suicidaires des autres adolescents, alors que Toolan (1975) et Ladame (1981) identifient la difficulté à se concentrer sur ses études comme un indice possible d'un vécu suicidaire. Corbeil (1984), rejoignant les propos de Tousignant et al. (1984), croit que les faibles résultats scolaires de ces adolescents pourraient s'expliquer par le fait

qu'ils n'ont pas de but dans la vie et qu'ils s'impliquent moins dans les activités scolaires. Ce bas niveau d'investissement à l'école est aussi retenu par Husain et Vandimer (1984) ainsi que par Corder et al. (1974), comme des caractéristiques des adolescents suicidaires.

Les problèmes scolaires peuvent aussi être des éléments déclencheurs ou des facteurs précipitants des conduites suicidaires (Husain et Vandimer, 1984; Tousignant et al., 1984). Dans une étude portant sur des adolescents admis à l'hôpital Ste-Justine pour tentative de suicide, Baker (1983) relève cette situation chez un adolescent sur dix. Un adolescent sur cinq composant l'échantillon de Davidson et Choquet (1981) a évoqué les tensions scolaires comme motif de sa tentative; ces dernières auteures constatent que 61% des garçons et 41% des filles suicidaires avaient des problèmes d'ordre scolaire. Quant à eux, Shaffer et Fisher (1981) estiment que la circonstance la plus fréquente pouvant provoquer des conduites suicidaires est une crise disciplinaire à l'école (chez 33% des adolescents suicidaires formant leur échantillon). La moitié de ces adolescents avaient été informés, peu avant leur tentative, que leurs parents recevraient une lettre dénonçant leur indiscipline, alors que les autres anticipaient une arrestation ou une punition à l'école. Petzel et Riddle (1981) mentionnent qu'une pauvre performance académique est un des facteurs de risque souvent associé au suicide chez les jeunes, notamment si les parents maintiennent une pression pour une performance accrue. Dans le même ordre d'idées, Corbeil (1984) précise que les échecs scolaires combinés avec des exigences parentales élevées, peuvent être un facteur précipitant d'une tentative de suicide.

Dans une étude récente réalisée en Ontario auprès de 44,744 étudiants répartis dans 60 écoles secondaires, King (1986) constate un lien entre la réussite scolaire de l'adolescent et la relation avec ses parents, les premiers identifiant les résultats scolaires comme un point central de friction avec leurs parents. L'auteur constate également que les notes obtenues par l'élève influencent son attitude envers le professeur: plus l'élève a de basses notes, plus il est susceptible d'avoir une attitude négative envers les professeurs. Il précise toutefois que les mécontentements rapportés au sujet des professeurs,

par les élèves qui ont de basses notes,ne se rapportent pas qu'à leur manque de succès. D'autres résultats obtenus par King (1986) concernant cette fois-ci la perception de l'ensemble des étudiants, confirment que, selon eux, seul un petit nombre de professeurs s'intéresse à leurs problèmes personnels. Les étudiants préfèrent alors se tourner vers leurs amis pour obtenir un conseil. Les données de King, qui ne se rapportent pas à l'étude d'adolescents suicidaires, offrent des éléments de référence qui serviront de points de comparaison supplémentaires pour la présente étude.

Comme nous pouvons le constater, les auteurs et les ouvrages traitant du suicide chez les adolescents sont nombreux et diversifiés. Malheureusement, au Québec, peu d'études empiriques traitent du fonctionnement scolaire de l'adolescent suicidaire. Bien que la recherche de Corbeil (1984) aborde certains points de cette question, elle porte sur des adolescents faisant appel à un Centre de Prévention du Suicide. Pour leur part, les études de Tousignant et al. (1984, 1988) ne traitent pas le fonctionnement scolaire comme une de leurs variables d'étude.

DESCRIPTION DE L'EXPERIENCE

La population étudiée

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus vaste de dépistage d'adolescents à tendances suicidaires réalisée dans quatre milieux scolaires de la région Centre-Mauricie. La population spécifique à cette étude se constitue des étudiants des niveaux secondaires I et III d'une institution publique d'enseignement qui dispense le programme secondaire régulier. Ces étudiants, au nombre de 387, composent quatorze (14) groupes-classes et se répartissent comme suit: secondaire I, N=192 et secondaire III, N=195.

Le choix de se limiter aux étudiants des secondaires I et III, alors que tous les élèves de l'école étaient évalués pour les fins du dépistage, est qu'à ces niveaux académiques, le test P.A.S. (Prévention Abandon Scolaire: Laliberté et al.,1981) est utilisé de façon systématique par le milieu. Les résultats obtenus à ce questionnaire étant une variable importante de la présente étude, les efforts ont donc été concentré sur cette population.

Le dépistage des adolescents à tendances suicidaires s'est effectué à l'aide d'un questionnaire intitulé *Expérience des jeunes de niveau secondaire*. Ce questionnaire est une adaptation de celui élaboré par Tousignant et al. (1983) pour le dépistage de cégépiens à tendances suicidaires dans quatre collèges francophones de Montréal; la section traitant des événement stressants ainsi que les questions portant sur les obsessions suicidaires furent retranchées. Le questionnaire consiste en une épreuve écrite administrée par groupes/classes et comporte deux sources d'informations importantes. Une première se constitue de 12 questions visant à recueillir des données sur l'identification des sujets et les facteurs socio-démographiques qui les caractérisent. La deuxième catégorie se compose de 18 questions sur les idéations et les comportements suicidaires qui reprennent l'essentiel des éléments d'évaluation du potentiel suicidaire d'échelles connues dont celles de Zung (1974), Stork (1977) et Morissette (1984). Des entrevues de relance réalisées auprès des adolescents dépistés ainsi que chez un nombre égal

d'adolescents ne présentant pas de tendance suicidaire (Pronovost, recherche en cours), nous permettent de vérifier la fiabilité des informations données par les répondants au moment du dépistage.

Les résultats obtenus au questionnaire de dépistage permirent d'identifier un total de 47 sujets ayant des tendances suicidaires. Ce nombre représente 12,14% de la population des secondaires I et III, soit environ un adolescent sur huit. Pour être retenus, les jeunes devaient affirmer avoir pensé sérieusement au suicide et avoir donné des spécifications quant à la planification de moyens comportant un danger pour la vie; les étudiants ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide étaient systématiquement inclus dans l'échantillon. Pour tous ces candidats, les idéations suicidaires devaient encore être actuelles. Parmi ceux-ci, trois questionnaires incomplets furent rejetés.

Un total de 44 sujets est finalement retenu, ce qui représente 11,37% de la population évaluée aux niveaux secondaires I et III, soit environ un adolescent sur dix. Ces sujets constituent donc la population expérimentale. Enfin, un groupe contrôle comparable fut créé, composé de 44 adolescents ne présentant pas de tendances suicidaires au moment de l'évaluation. Chacun de ces groupes est formé de 27 filles et de 17 garçons. Les sujets ont été pairés en regard du sexe, du niveau académique et de la constitution familiale. L'âge des sujets a également été contrôlé et le pairage a pu être réalisé pour la majorité d'entre eux; certains sujets du groupe expérimental étaient plus âgés, occasionnant un écart minime entre la moyenne d'âge du groupe expérimental (14,18) et celle du groupe contrôle (14,02).

Cueillette des données

Dans le milieu scolaire où s'est déroulée cette recherche, l'année académique se divise en quatre étapes, couvrant les semestres d'automne et d'hiver; chaque fin d'étapes correspond à un moment d'évaluation des étudiants. L'ensemble des opérations de dépistage s'étant déroulée de la rentrée scolaire à la fin du mois de janvier, nous avons donc convenu de cueillir les données telles qu'elles figuraient à la fin de la deuxième étape.

Dans un premier temps, nous avons pris note des données du bulletin des élèves sélectionnés. Ces données sont: la moyenne académique, le nombre d'échecs, le total des absences, ainsi que les commentaires des professeurs apparaissant au bulletin pour chaque matière.

Dans un deuxième temps, les résultats au P.A.S. (Prévention Abandon Scolaire: Laliberté et al., 1981) furent ajoutés aux données déjà recueillies. La passation de ce test de dépistage des candidats à l'abandon scolaire est fait systématiquement, en début d'année scolaire, par les professionnels non-enseignants de la polyvalente auprès des élèves des niveaux secondaire I et III.

Dans un troisième temps, les directeurs des niveaux I et III furent contactés afin de constituer un dossier disciplinaire pour chacun des sujets. Au cours de cette rencontre, une liste où figuraient indifféremment les noms des sujets des groupes contrôle et expérimental leur fut présentée. Les directeurs devaient indiquer s'ils avaient déjà rencontré ces élèves pour une raison disciplinaire, et quelle était cette raison. Par la suite, les professionnels non-enseignants de l'école furent contactés à leur tour. La même liste de noms leur était présentée. Ils devaient indiquer, par un crochet, le nom des étudiants rencontrés dans le cadre de leurs activités professionnelles à l'école.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Par le biais de cette recherche, nous voulions vérifier si les adolescents à tendances suicidaires présentent plus de difficultés de fonctionnement scolaire que les jeunes non-suicidaires, notamment en ce qui a trait au rendement académique, à la présence de problèmes de comportement à l'école, et à l'utilisation des ressources humaines d'aide. Chacune de ces catégories comportent des sous-items dont nous présenteront successivement les résultats.

RENDEMENT ACADEMIQUE

Moyenne académique

Le rendement académique constitue notre première variable d'étude. Nous désirions savoir si les adolescents à tendances suicidaires présentent, par rapport aux non-suicidaires, une différence dans leur moyenne académique et dans le nombre d'échecs.

L'analyse des données concernant la moyenne académique nous permet de constater des différences importantes entre les deux groupes. En effet, le rendement académique des adolescents à tendances suicidaires est inférieur à celui des adolescents non-suicidaires. De plus, nous constatons que la moyenne du nombre d'échecs prévisibles des sujets de ce premier groupe, après les deux premières étapes de l'année scolaire, est significativement supérieure à celle des sujets du second groupe (Tableau 1).

TABLEAU 1

Résultats obtenus au Test T pour les adolescents dépistés et non-dépistés à tendances suicidaires concernant le rendement académique et le nombre d'échecs

	Adolescents dépistés (n=43)		Ado. non-dépistés (n=43)				
Items	X	Sd	X	Sd	T	dl	P
Rendement	69,56	8,54	73,70	7,59	-2,38	84	0,02
Echecs	1,98	2,11	1,09	1,57	2,20	84	0,03

Note: Des données sont manquantes pour une fille du groupe contrôle ainsi que pour un garçon du groupe expérimental.

Chez les dépistés, peu de variations sont observées entre les filles et les garçons relativement aux résultats académiques et au nombre d'échecs. Dans le groupe des non-suicidaires, par contre, les filles obtiennent une moyenne académique significativement supérieure à celle de leurs confrères (T= 2,04 (d.l.= 41); p< 0,05). Egalement, les filles non-suicidaires se démarquent significativement de leurs consoeurs à tendances suicidaires en affichant une moyenne académique plus élevée (T=-2,12 (d.l.=51); p< 0,04), et un risque d'échec moindre (T= 2,58 (d.l.= 51); p<0,02).

Décrocheurs potentiels

Cet item concerne les résultats obtenus au test P.A.S. qui est, tel que nous l'avons présenté précédemment, un instrument de dépistage des candidats à l'abandon scolaire. L'analyse des résultats obtenus permet de constater que plus du tiers (36,4%) des sujets à tendances suicidaires sont identifiés comme décrocheurs potentiels comparativement à seulement 13,6% sujets du groupe des non-suicidaires. L'analyse du Chi-carré effectuée sur ces données permet d'établir un lien significatif entre le fait d'avoir des tendances

suicidaires et celui d'être identifié décrocheur potentiel (X^2 = 4,91(d.l.=1); p= 0,03).

Parmi les adolescents à tendances suicidaires identifiés comme décrocheurs potentiels, les filles représentent 44,4% des filles dépistées alors que les garçons comptent pour 23,5% des garçons du même groupe. Les filles à tendances suicidaires décrochent davantage que leurs consoeurs non-suicidaires, ces dernières ne représentant que 11,1% des filles de ce groupe; chez les garçons, cet écart est moins marqué (23,5% des garçons à tendances suicidaires contre 17,6% des garçons non-suicidaires).

PROBLEMES DE COMPORTEMENTS A L'ECOLE

Plusieurs auteurs soutiennent que des problèmes de comportements, tels l'absentéisme et l'indiscipline, caractérisent le vécu scolaire de l'adolescent suicidaire. C'est ce que nous avons voulu vérifier ici.

Les absences

Une analyse portant sur le total des absences notées sur le bulletin pour les deux premières étapes de l'année académique fut effectuée. Les résultats indiquent que les jeunes à tendances suicidaires s'absentent en moyenne plus souvent (X= 14,81) que les jeunes non-suicidaires (X=9,40). Cependant, l'analyse statistique ne nous permet pas de retenir cette différence comme étant significative.

Les analyses effectuées pour chaque sexe ne démontrent pas non plus de différence significative, bien que les filles à tendances suicidaires s'absentent presque doublement de l'école que leurs consoeurs (filles à tendances suicidaires: X=13,19; filles non-suicidaires: X= 7,15; t=1,74 (d.l.=51); p< 0,09).

Problèmes disciplinaires

Au cours de la deuxième étape académique, nous avons consulté les directeurs des niveaux I et III afin de connaître le nombre d'adolescents des deux groupes rencontrés pour des raisons de discipline. Les résultats obtenus démontrent que le nombre d'adolescents dépistés rencontrés par les directeurs pour des motifs disciplinaires est plus du double (27,3%) de celui des non dépistés (11,4%). Toutefois, les analyses statistiques ne permettent pas d'établir une relation entre le fait d'avoir des tendances suicidaires ou non et celui d'avoir été vu ou non par un des directeurs de niveau pour des raisons de discipline.

Les problèmes disciplinaires faisant l'objet d'une intervention de la part de la direction sont reliés généralement à l'absentéisme répété, à l'usage de drogue ou d'alcool, à des comportements d'opposition ou de délinquance.

Perception des enseignants

Afin de compléter les données portant sur le comportement des adolescents à l'école, nous avons relevé les "commentaires" des professeurs ajoutés au bulletin; lors des évaluations, les professeurs sont invités à cocher parmi un ensemble de commentaires listés au bas du bulletin ceux qui s'appliquent aux résultats de chacune des matières. Pour chaque groupe, nous avons calculé la moyenne de fréquence d'apparition de chaque commentaire par sujet.

Les résultats obtenus au test T démontrent des différences significatives entre les deux groupes pour les commentaires suivants (Tableau 2):

"Attitude excellente en classe"
"Bien, mais peut faire mieux"
"Prépare un échec"
"Elève indiscipliné, dérange"

Dans le but d'obtenir une vue d'ensemble de l'évaluation des sujets de nos deux groupes d'étude par les professeurs, nous avons par la suite regroupé les commentaires au bulletin sous les catégories "positifs" (commentaires A à F) et "négatifs" (G à O). Les résultats des test-t effectués sur ces catégories confirment que les adolescents à tendances suicidaires ont significativement moins de commentaires positifs et plus de commentaires négatifs que les autres adolescents (Tableau 2).

TABLEAU 2

Résultats obtenus au test T aux commentaires au bulletin pour les adolescents dépistés et non-dépistés à tendances suicidaires

Items	Adol. dépistés X	E.T.	Ado. non-dépistés X	E.T.	T	d.l.	P
A- Résultat excellent	0,98	1,58	1,58	1,69	-1,71	84	NS
B- Attitude excellente	0,81	1,01	1,72	1,52	-3,27	84	0,002
C- Travail et comp. bien	3,60	1,84	3,86	1,86	-0,64	84	NS
D- Fait des efforts	0,33	0,64	0,21	0,47	0,96	84	NS
E- Amélioration marquée	0,28	0,50	0,35	0,61	-0,58	84	NS
F- Bien, peut faire mieux	1,42	1,18	0,95	1,00	1,97	84	0,05
G- Manque de motivation	0,49	0,77	0,37	0,66	0,76	84	NS
H- Prépare un échec	0,95	1,17	0,47	0,89	2,20	84	0,03
I- Travail négligé	0,33	0,64	0,28	0,55	0,36	84	NS
J- Retards fréquents							
K- Comp. à améliorer	0,37	0,85	0,16	0,43	1,44	84	NS
L- Comp. déplaisant							
M- Indiscipliné,dérange	0,16	0,43	0,02	0,15	1,99	84	0,05
N- Impolitesse	0,05	0,21	0,00	0,00	1,43	84	NS
O- Communiq. avec moi	0,02	0,15	0,02	0,15	0,00	84	NS
Positifs (A à F)	7,42	2,76	8,67	1,71	-2,53	84	0,01
Négatifs (G à O)	2,37	2,35	1,33	1,73	2,35	84	0,02

Si nous comparons maintenant les résultats en fonction des sexes, les garçons à tendances suicidaires préoccupent davantage leurs professeurs

quant aux échecs probables (garçons: X=1,44; filles: X=0,67; t=-2,17 (d.l.= 41); p<0,04), obtiennent davantage de commentaires négatifs (garçons: X=3,37; filles: X=1,78; t=-2,26 (d.l.=41); p<0,03) et moins de commentaires positifs (garçons: X=6,19; filles: X =8,15; t=2,37 (d.l.= 41); p=0,02) que leurs consoeurs. Ces trois items ne distinguent pas les filles et les garçons non-suicidaires.

LES RESSOURCES HUMAINES D'AIDE

Il est bien connu, dans la littérature traitant du développement social à l'adolescence, que même si les parents restent d'importantes figures d'identification, les pairs deviennent des personnes plus significatives (Cloutier,1982; Gordon, 1972, Garbarino et al). Egalement, le vécu des adolescents suicidaires se caractérise par une dissolution en chaîne des relations interpersonnelles conduisant à l'isolation sociale (Ladame,1981; Teicher, 1979). Nous avons ici voulu connaître si les adolescents à tendances suicidaires étaient encore actifs dans leur quête d'aide et qui ils choisissaient comme aidants.

Choix des confidents

A l'intérieur du questionnaire de dépistage, les répondants devaient d'indiquer, parmi une liste de personnes de leur entourage, celles en qui ils avaient confiance pour les aider à régler leurs problèmes à l'école. Les sujets des deux groupes choisissent plus fréquemment l'ami(e) intime comme personne pouvant les aider face aux problèmes à l'école. Comme nous pouvons le constater en examinant le classement des choix par ordre de fréquence, l'ordre des choix des adolescents dépistés est sensiblement le même que celui des autres jeunes. Toutefois, deux différences majeures ressortent des analyses du chi carré: les adolescents à tendances suicidaires choisissent plus souvent l'ami de coeur et moins souvent les professeurs que les adolescents non suicidaires (Tableau 3).

TABLEAU 3

Comparaison entre les adolescents dépistés et non-dépistés à tendances suicidaires concernant la fréquence des personnes choisies comme aide possible pour régler les problèmes à l'école

	Ado. dépistés		Ado. non-dépistés		X^2	P
Choix	rang	N	rang	N		
Ami intime	1	29	1	32	0,21	n.s
Ami de coeur	2	26	5	12	7,82	0,005
Mère	3	24	2	30	1,20	n.s
Père	4	17	3	21	0,41	n.s.
P.N.E.	5	12	6	11	0,00	n.s.
Copains	6	11	7	9	0,06	n.s.
Fratrie	7	10	4	15	0,89	n.s.
Grands-parents	8	7	5	12	1,07	n.s.
Professeurs	9	6	3	21	10,47	0,001
Direct., surveil.	10	4	7	9	1,44	n.s.

Note: l'ami intime réfère à un pair du même sexe, alors que l'ami de coeur désigne un pair de sexe opposé (chum, blonde)

Nous demandions également aux adolescents à tendances suicidaires s'ils avaient effectivement confié leurs idéations suicidaires, et si oui, à qui. Parmi ceux-ci, 40,9% se sont abstenus de toute confidence, les garçons étant majoritaires à cet égard; les autres se sont confiés pour la plupart à un ami intime. Certaines tendances se dessinent entre les sexes: les filles ont plus de propension à se confier à leurs amis(es), alors que les garçons choisissent plus souvent leurs parents comme confidents effectifs (Tableau 4).

TABLEAU 4

Classement des confidents effectifs choisis par les adolescents dépistés à tendances suicidaires en fonction du sexe

	total (n=26)		filles (n=17)		garçons (n=9)	
	N	%	N	%	N	%
Ami intime	21	80,8	15	88,2	6	66,7
Ami de coeur	5	19,2	4	23,5	1	11,1
Parents	3	11,5	1	5,9	2	22,2
Fratrie	2	7,7	1	5,9	1	11,1
Psychologue	1	3,8	1	5,9	_	___
Autres	1	3,8	1	5,9	_	___
Aucun confident	18/44	40,9	10/27	37,0	8/17	47,1

Utilisation des services professionnels

Nous avons aussi étudié l'utilisation des services professionnels faite par les adolescents des deux groupes. Pour ce faire, l'infirmière, le travailleur social, le psychologue ainsi que le professionnel attaché au projet décrocheur indiquaient, parmi la liste des noms des adolescents des deux groupes, ceux qu'ils avaient rencontrés dans le cadre des services qu'ils dispensent.

La compilation des données nous permet de constater que, dans l'ensemble, les professionnels non-enseignants de l'école ont rencontré significativement plus d'adolescents à tendances suicidaires que de jeunes non-suicidaires ($\chi^2 = 10,08$; (d.l.=1); $p< 0,01$). En effet, 50% des adolescents du premier groupe furent rencontrés contre seulement 15,9% des jeunes du second groupe.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude démontrent que les adolescents à tendances suicidaires ont un vécu scolaire affecté par la présence de problèmes. Comparés aux non-suicidaires, ils présentent un dossier scolaire caractérisé par un moins bon rendement académique, par un nombre plus élevé d'échecs et par l'identification, chez plus du double d'entre eux, d'un potentiel de décrocheur. Ces résultats ne surprennent pas, car les difficultés d'ordre académique sont souvent mentionnées dans la littérature comme faisant partie de l'escalade des problèmes que vivent les adolescents suicidaires, escalade menant à une plus grande isolation sociale. En effet, cette situation peut contribuer à la dégradation des relations avec les pairs (Teicher, 1979, Ladame, 1981), notamment si elle entraîne un changement de classe ou de niveau, et davantage s'il y a abandon scolaire. Les difficultés académiques peuvent aussi être source de conflits avec les parents (King, 1986) concourant encore à augmenter l'insatisfaction relationnelle chez ces adolescents.

Par contre, nous sommes frappés par le fait que les filles à tendances suicidaires présentent des problèmes de rendement académique au même titre que leurs confrères, ce qui n'est pas le cas chez les non-suicidaires alors que les filles performent mieux que les garçons. Il est généralement admis à l'adolescence, que les filles ont un rendement académique supérieur à celui des garçons. L'étude de King (1986) sur les adolescents ontariens trouve à ce sujet que les filles ont une meilleure performance académique que les garçons et un niveau d'aspiration plus élevé en regard de la réussite scolaire; ces différences sont significatives à tous les niveaux secondaires. King, entre autres raisons, explique cette situation par un niveau d'estime de soi plus faible chez les filles, ces dernières étant enclines à se gagner l'appréciation des parents et des professeurs par un bon rendement scolaire. Ainsi, les filles à tendances suicidaires seraient davantage affectées dans leur rendement scolaire que les garçons, ce problème de rendement pouvant être un indice important d'une baisse de l'estime de soi et du désinvestissement relationnel.

Les données concernant l'aspect disciplinaire à l'école permettent de constater que, même si les jeunes à tendances suicidaires sont plus nombreux à présenter des problèmes nécessitant l'intervention d'un directeur, les différences ne sont pas significatives entre les adolescents des deux groupes. Ces résultats infirment ceux de la littérature qui font souvent mention de problèmes de comportement et de discipline comme étant des caractéristiques importantes des adolescents suicidaires. Par contre, si nous référons aux commentaires inscrits au bulletin par les enseignants, les adolescents dépistés reçoivent significativement plus souvent la mention "indiscipliné, dérange" que les autres adolescents. Nous pouvons donc penser que l'indiscipline qui caractérise nos sujets d'étude s'apparente peu aux manifestations délinquantes qui nécessitent le plus souvent l'intervention des directeurs d'école. Dans une étude actuellement en cours (Pronovost, en cours) où les enseignants ont à observer la fréquence d'apparition d'un certain nombre de caractéristiques comportementales chez leurs élèves, ces enseignants rapportent chez les adolescents à tendances suicidaires des difficultés d'attention et de concentration, ainsi que peu d'intérêt et de participation aux cours, et ce les distinguant de façon significative des non-suicidaires. Ainsi, l'indiscipline rapportée par les enseignants dans le bulletin s'accorde probablement à ces manifestations comportementales de désintérêt observées pendant les cours.

De façon générale, les professeurs évaluent plus négativement le fonctionnement scolaire des adolescents à tendances suicidaires dénotant entre autres chez ces derniers une moins bonne attitude en classe que chez les jeunes non-suicidaires. Pour leur part, les résultats au commentaire "Bien, peut faire mieux" indiquent que, du point de vue des enseignants, les adolescents à tendances suicidaires ont un rendement inférieur à leur capacité. Enfin, ces adolescents préparent plus d'échecs que les non-suicidaires, la perception des enseignants venant confirmer les résultats présentés précédemment sur le rendement académique.

Concernant le choix des ressources humaines d'aide, l'ami(e) intime est la personne privilégiée par l'adolescent à tendances suicidaires comme confident et comme pouvant le mieux l'aider à régler ses problèmes à l'école. Ce premier choix, aussi présent dans le groupe contrôle, reflète une des particularité de l'adolescence où les amis du même sexe et du sexe opposé deviennent de plus en plus investis relationnellement. Par contre, l'ami de coeur (chum, blonde) est choisi beaucoup plus fréquemment par nos jeunes dépistés lorsqu'ils sont comparés aux adolescents non-suicidaires. Une étude sur le vécu social des adolescents constituant notre population d'étude révèle que ces jeunes sont plus nombreux que les autres à être engagés dans une relation amoureuse (Boucher, 1989). Jacobs (1979), Ladame (1981) et Teicher (1979) soutiennent à ce sujet que l'adolescent suicidaire investit massivement dans une relation amoureuse alors que les relations significatives avec les parents et les pairs se désintègrent. Une rupture amoureuse, bien sûr, est vécue de façon catastrophique et aboutit souvent à une tentative de suicide.

Si nous regardons le choix des confidents, nous sommes frappés par le nombre important de jeunes (41%) qui n'ont pas confié leurs pensées suicidaires, dont près de la moitié des garçons dépistés. Ce résultat peut nous amener à penser que ces adolescents vivent un état d'isolement social passablement avancé.

Une autre constatation intéressante est que la moitié des adolescents à tendances suicidaires ont été contactés par les professionnels non-enseignants relativement à la présence de problèmes à l'école. Il faut mentionner que dans le milieu scolaire qui s'est prêté à notre recherche, les étudiants des secondaires I et III, identifiés comme décrocheurs potentiels, sont systématiquement rencontrés par un professionnel de l'école, et comme les résultats le démontrent précédemment, un nombre important de dépistés présentent en effet un potentiel de décrocheur. Cependant, nos entretiens avec les professionnels non-enseignants nous ont confirmé que la question du suicide est rarement abordée avec ces adolescents au cours de leurs rencontres, même si après la confirmation du dépistage, ces professionnels nous avouaient avoir souvent soupçonné la présence d'idéations suicidaires

chez ces sujets. Nous pouvons vérifier, à travers le choix des confidents effectifs, que les jeunes sont peu enclins à se confier aux professionnels non-enseignants, pas plus qu'à leurs professeurs.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude font ressortir la présence d'un lien entre le fait de présenter des tendances suicidaires et celui d'avoir des problèmes de rendement académique, problèmes touchant aussi bien les filles que les garçons. D'autres caractéristiques, telles l'absentéisme et des comportements désintéressés en classe, sont observés chez un nombre important de ces adolescents. Les données nous révèlent également que les professeurs ont une perception plus négative du comportement de ces élèves, et que ces derniers ont été contactés en plus grand nombre par les professionnels non-enseignants en relation avec leurs problèmes à l'école. Nous avons également constaté, lors de notre enquête de dépistage, que les adolescents s'ouvraient facilement de leurs pensées suicidaires lorsque nous abordions directement le sujet avec eux, et que bon nombre de ceux-là devenaient capables d'entrevoir d'autres solutions possibles à leurs problèmes.

Il est certain que les tabous face au suicide sont encore profondément incrustés dans notre société, particulièrement chez les adultes qui craignent d'en parler avec les adolescents. Néanmoins, l'information et l'intervention préventive face au suicide commence à avoir une place dans les milieux scolaires. Dans ce sens, la recherche démontre que certains adolescents aux prises avec des problèmes de fonctionnement scolaire peuvent présenter également des tendances suicidaires. Il s'avère important que les intervenants du milieu soient sensibilisés aux indices les plus souvent associés au vécu suicidaire (présence de conflits dans la famille, séparation ou divorce des parents, mauvaise santé, affects dépressifs, isolement social), dans le but d'offrir à ces adolescents l'aide qu'ils nécessitent.

Il faut aussi se rappeler que les amis sont les personnes ressources privilégiées par les adolescents suicidaires, et qu'intervenir auprès de ces derniers est source de désarroi pour la plupart des gens. Il s'avère essentiel que les programmes de prévention du suicide en milieu scolaire non seulement informent ces jeunes des signes avant-coureurs du suicide, mais crée un réseau d'intervention auquel ces aidants naturels pourront référer.

REFERENCES

ANDERSON, D.R. (1981). Diagnosis and prediction of suicidal risk among adolescents, in C.T. Wells; R. Stuart: *Self-destructive behavior in children and adolescents* (pp. 45-59). New-York: Van Nostrand Reinhold.

BAKER, M. (1983). Hôpital Ste-Justine, pédiatrie pour les adolescents 12-18 ans. Colloque "Le suicide des jeunes". Association pour la santé publique du Québec.

BOUCHER, J. (1989). "Aspect social et fonctionnement scolaire chez les adolescents à tendances suicidaires". Université du Québec à Trois-Rivières. Mémoire de maîtrise inédit.

CLOUTIER, R. (1982). *Psychologie de l'adolescence*. Chicoutimi: Gaétan Morin.

CORBEIL, S.C. (1984). Suicide et adolescence, in P. Morissette: *Le suicide, démystification, intervention et prévention*. (pp. 272-306). Québec: Garotex.

CORDER, B.F., SHOW, W., CORDER, R.F. (1974). *A study of social and psychological characteristics of adolescents suicide attempters in an urban disavantaged area*. Adolescence, 9, (no. 33), 1-6.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M. (1981). *Suicide de l'adolescent: étude épidémiologique*. Paris: Editions Sociales Françaises.

DAVIDSON, F. PHILIPPE, A. (1986). *Suicides et tentatives de suicide aujourd'hui: étude épidémiologique*. Nancy: Berger-Levrault.

EDMOND, A. et al. (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec*, tome 1. Québec: Les Publications du Québec.

GARBARINO, J.; BURSTON, N.; ROBER, S.; RUSSELL, R.; CLOUTIER, A. (1977). The social maps of children approaching adolescence: studying of youth development. *Journal of youth and adolescence*, 7, 417-428.

GARFINKEL, B.D.; GOLOMBEK, G.H. (1983). Suicidal behavior in adolescence, in B.D. Garfinkel; G.H. Golombek: *he adolescent and mood disturbance*. (pp. 189-217). International University Press.

GORDON, C. (1972). Social characteristics of early adolescence. in J. Kagan et R. Coles: *Twelve to sixteen: early adolescence* (pp. 26-54). New-York: Norton.

GREULING, J.; DEBLASSIE, R. (1980). Adolescent suicide. *Adolescence*, 15, 589-601.

HUSAIN, S.A. VANDIMER, T. (1984). *Suicide in children and adolescents*. New York: Medical and Scientific Books.

JACOBS, J. (1971). *Adolescent suicide*. New-York: Wiley.

KING, A.J.C. (1986). *The adolescent experience*. Toronto: The Ontario Secondary School Teachers' Federation.

LADAME, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.

LALIBERTE, L.; LAVOIE, M.; GARNEAU, E. (1981). "Dépistage des candidats à l'abandon scolaire pour fins de prévention au 2e cycle du secondaire". Rapport présenté au service de recherche et de développement D.G.D.P. dans le cadre du programme d'aide à la recherche dans les Commissions Scolaires.

MARKS, P.; HALLER, D. (1977). How I law me down for keeps: a study of adolescent suicide attemps. *Journal of clinical psychology*, 33, 390-400.

MORISSETTE, P. (1984). *Le suicide: démystification, intervention, prévention*. Québec: Garotex.

PETZEL, S.V.; RIDDLE, M. (1981). Adolescent suicide: Psycho-social and Cognitive Aspects. *Adolescent Psychiatry*, 9, 343-398.

PRONOVOST, J. (en cours). "Indices comportementaux prédicteurs du suicide chez les adolescents à tendances suicidaires". Rapport de recherche. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.

ROHN, R.D.; SARLES, R.M.; KENNY, T.J.; REYNOLDS, B.J.; HEALD, F.P. (1977). Adolescents who attempt suicide. *Journal of pediatrics*, 90, 636-638.

SHAFFER, D.; FISHER, P. (1981). Suicide in children and young adolescents, in C. Wells, J. Stuart: *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New-York: Van Nostrand Reinhold Compagny.

STANLEY, E.J.; BARTER, J.T. (1970). Adolescent suicidal Behavior. *American journal of orthopsychiatry*, 40, 87-95.

STORK, J. (1977). Echelle d'évaluation du risque suicidaire. *Psychiatrie de l'enfant*, 20, 493-520.

TEICHER, J.D. (1979). Suicide and suicide attempts. in J.D. Hoshpitz (Ed): *Basic handbook of child psychiatry*, vol. 2. (pp. 685-697) New York: Basics Books.

TOOLAN, J.M. (1975). Suicide in children and adolescents. *American journal of psychotherapy*, 29, 339-344.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1983). *Expérience de jeunes en milieu collégial: questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires*. Montréal: Université du Québec à Montréal.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 9, 122-133.

TOUSIGNANT, M.; HAMEL, S.; BASTIEN, M.F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec*. 13, 79-93.

WENZ, F. (1979). Sociological correlates of alineation among adolescent suicide attempt. *Adolescence*, 14, 19-29.

ZUNG, W. K. (1974). Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide, in Beck, A. T. et al. *Prevention in the prediction of suicide*. Maryland, Charles Press.

ETUDE DES TENDANCES SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE

ARTICLE SOUMIS
A LA REVUE
SANTE MENTALE AU QUEBEC

PAR

LISE COTE
JOCELYNE PRONOVOST
CHRISTINE ROSS

Août 1989

Résumé

Une étude effectuée auprès de 2850 adolescents québécois, âgés de 12 à 18 ans et provenant de quatres écoles secondaires de la région de Trois-Rivières, dénombre 15,4% de jeunes avouant avoir déjà songé sérieusement au suicide. Ces adolescents se retrouvent à différents stades du processus suicidaire. Ainsi, 4% avouent entretenir uniquement des idéations suicidaires sérieuses; 7,9% sont au stade de la planification de moyens et 3,5% ont fait des tentatives de suicide. Les caractéristiques familiales sont sensiblement les mêmes pour les différentes catégories de tendances suicidaires. Par contre, les pères des jeunes qui ont fait des tentatives de suicide sont moins scolarisés que les pères des autres adolescents à tendances suicidaires. Egalement, les adolescents ayant fait des tentatives de suicide rapportent un plus grand nombre d'événements déclencheurs de leurs idéations suicidaires. La persistance idéations suicidaires, l'état dépressif, les sentiments de vide existentiel et de désespoir augmentent en fonction de l'importance des tendances suicidaires. Ces variables d'ordre affectif sont celles qui distinguent le plus les différentes catégories de tendances suicidaires entre elles.

Le[illegible]OTE[1], Jocelyne PRON[illegible][2], Christine ROSS[3]

ETUDE DES TENDANCES SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTS DE NIVEAU SECONDAIRE[4]

Ampleur du phénomène

Le suicide chez les adolescents constitue une problématique [illegible] dans les sociétés industrialisées. Au Canada de 1976 à 1986, le taux de suicide passait de 12,8 par 100,000 habitants à 14,5 dans la population générale, alors que ces taux étaient de 10,7 et 12,5 chez les 15-19 ans. Au Québec, l'augmentation a été plus prononcée. En 1976, le taux de suicide québécois équivalait le taux canadien, il se situait alors à 12,4 par 100,000 hab. tandis qu'en 1986, il atteignait 17,6 dépassant ainsi le taux canadien. L'augmentation chez les 15-19 ans fût encore plus importante. En 1976, le taux québécois pour ce groupe d'âge était inférieur à celui du Canada avec un taux de 7,1. Dix ans plus tard, soit en 1986, il représentait 15,4/100,000 hab.; il a donc doublé en dix ans, représentant un décès sur cinq survenu pour ce groupe d'âge. En 1986, le Québec se situait au quatrième rang au Canada en matière de suicide, devancé de peu par l'Alberta (17,9) et derrière le Yukon (76,6) et les Territoires du Nord-Ouest (28,7). Le Québec se classe également au quatrième rang des pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé pour son taux de suicide chez les jeunes.

Les suicides complétés ne révèlent que partiellement l'ampleur du phénomène puisque les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont beaucoup plus répandues. Ainsi,

---

1 Psychologue, agente de recherche au Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier Régional de la Mauricie.

2 Professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

3 Conseillère en recherche au Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier Régional de la Mauricie.

4 Etudes subventionnées par FRSQ/MSSS et CRSSS

Charron (1981) estime que pour chaque suicide réussi, il y a un rapport de quatre tentatives de suicide dans la population, alors que Morissette (1984) situe celui-ci à 10 tentatives pour un suicide. Les tentatives de suicide sont particulièrement nombreuses à l'adolescence. Une étude récente de Tousignant et al (1988) portant sur 2327 étudiants des niveaux secondaires III, IV et V (âge moyen 16,3 ans), révèle un taux de 6,7% de jeunes ayant déjà effectué une tentative de suicide. Les filles sont habituellement plus touchées par ce phénomène que les garçons. Ces mêmes auteurs rapportent une proportion de 2,7 filles pour un garçon chez les élèves de niveau secondaire, alors que Baker (1983) de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal situe ce rapport à deux filles pour un garçon. Lors d'une étude effectuée en Ontario, Garfinkel et al (1982) rapportent trois fois plus d'adolescentes qui font des tentatives de suicide que d'adolescents. Corbeil (1984), dans le cadre d'une étude sur les adolescents utilisateurs du Service de Prévention suicide de Québec, dénombre quatre filles pour un garçon ayant fait des tentatives de suicide.

Les idéations suicidaires sont encore plus nombreuses. Les études de Tousignant et al (1984, 1988) dénombrent un cégépien sur cinq (21,2%) ayant déjà pensé sérieusement au suicide au cours de sa vie et 13,2% des adolescents de niveaux secondaires III, IV, V ont entretenu des idéations suicidaires sérieuses. Récemment, les résultats de l'Enquête Santé Québec (1988) révèlent que ce sont les jeunes (15-24 ans) qui ont la plus forte prévalence d'idéations suicidaires au cours de leur vie (6,8% pour les hommes et 7,7% pour les femmes), leur taux étant près du double comparativement aux autres groupes d'âge.

Dans d'autres pays, les idéations et comportements suicidaires occupent également une place importante. Ainsi, aux Etats-Unis, une étude de Friedman et al. (1987) portant sur une population étudiante âgée en moyenne de 16 ans, dénombre 52,9% de jeunes qui ont déjà pensé au suicide, 8,7% d'entre eux ayant fait au moins une tentative. Une autre étude (Pfeffer et al.,

1984) effectuée sur une population d'écoliers dont l'âge varie entre 6 et 12 ans, rapporte un taux de 10,9% d'idéations suicidaires ou de menaces de suicide alors que 1% des jeunes ont fait des tentatives de suicide. En France, Davidson et Philippe (1986) observent chez les lycéens âgés de 15 à 19 ans, que 29% de ceux-ci ont déjà pensé au suicide et 2,3% ont fait une tentative de suicide, les filles étant deux fois plus nombreuses que les garçons.

Processus suicidaire

Le processus suicidaire englobe les pensées et actions suicidaires lesquelles s'inscrivent sur un continuum. Celui-ci débute par l'apparition des idéations suicidaires, d'abord intermittentes et s'intensifiant par la suite. Ces dernières débouchent sur la planification de moyens de suicide ceux-ci pouvant conduire à leur tour aux tentatives de suicide et ultimement, à la mort (Bonner et Rich, 1987). Chez les adolescents, ce processus peut se dérouler très rapidement dans le temps lui conférant parfois un caractère impulsif.

Selon Ladame (1981), les adolescents qui font des tentatives de suicide diffèrent de ceux qui sont aux stades des idéations ou de la planification de moyens. Quelques recherches font état de différences sur certaines caractéristiques entre les adolescents qui sont au stade idéatif et ceux qui ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Ainsi Tousignant et al (1988) constatent que les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide sont ceux qui rapportent des scores de négligence parentale les plus élevés et des évaluations plus négatives de la relation parentale. Lamontagne et al. (1986) observent, chez les cégépiens, un nombre plus important de jeunes qui disent mal s'entendre avec leurs parents parmi ceux qui ont fait des tentatives de suicide (72%) comparativement à ceux qui sont au stade des ruminations suicidaires (55,3%). Selon ces mêmes auteurs, la présence de dépression s'accentue avec la progression sur le continuum suicidaire. Ainsi, 60% des cégépiens qui sont au stade des ruminations suicidaires

vivent une dépression de légère à grave, ce taux augmente à 64% parmi ceux qui ont élaboré des moyens et atteint 72% chez les cégépiens qui ont fait des tentatives de suicide.

Le dépistage des adolescents à tendances suicidaires en milieu scolaire

Étudier le suicide dans une optique qui déborde le dénombrement des cas de décès ou encore l'intervention en milieu hospitalier auprès des suicidaires admis suite à une tentative de suicide, nous semble important en regard de priorités sociales de dépistage précoce et d'intervention préventive. Une recherche antérieure (Pronovost, Côté et Ross, 1989) visait à étudier la prévalence des comportements suicidaires dans une population générale d'adolescents de 12-18 ans en les débutant le plus précocement possible dans le processus suicidaire, soit au stade des idéations. La population d'étude était recrutée dans des milieux scolaires secondaires.

Nous avons alors procédé à l'évaluation de 2850 élèves provenant de quatre milieux scolaires secondaires choisis dans quatre villes différentes de la région administrative de Trois-Rivières (04). La majorité de ces jeunes sont inscrits au programme d'enseignement régulier. Ces adolescents, sauf une dizaine, sont unilingues francophones et de race blanche. Deux des écoles secondaires évaluées appartiennent à des milieux semi-ruraux, alors que les deux autres polyvalentes se composent de jeunes provenant de milieux urbains. Malgré la grande diversité des classes socio-économiques composant ces milieux, ces derniers comptent un bon nombre (près de la moitié) de jeunes issus de milieux moins favorisés au niveau économique. Pour 1986, le revenu médian des familles de ces régions se situe légèrement en deçà de celui de l'ensemble des familles québécoises, alors que le taux de chômage équivaut au taux québécois atteignant 13% au moment du recensement canadien en 1986. Pour cette même région, les taux de suicide par 100,000 habitants sont supérieurs aux taux québécois. Au sein de la population de Trois-Rivières, le taux se chiffre à 20,6/100,000hab. alors que chez les

15-19 ans, il atteint 22,5/100,000 hab. La région de Trois-Rivières se classe au deuxième rang au Québec après celle de l'Abitibi-Témiscamingue (26,1/100,000 hab.)

Instrument de dépistage

Le dépistage des adolescents à tendances suicidaires s'est effectué à l'aide d'un questionnaire intitulé "*Expérience des jeunes de niveau secondaire*". Ce questionnaire est une adaptation de celui élaboré par Tousignant et al. (1983) pour le dépistage de cégépiens à tendances suicidaires dans quatre collèges francophones de la ville de Montréal. La section traitant des événements stressants ainsi que les questions portant sur les obsessions suicidaires ont été retranchées, ces éléments ne se rapportant pas à l'objet de notre étude. Le questionnaire de la présente recherche se divise en trois sections. La première se constitue de 12 questions socio-démographiques renseignant sur l'identification du répondant, le statut socio-économique des parents et de la famille, ainsi que sur l'état de santé du répondant et des membres de sa famille.

La deuxième section comporte une échelle de dépression composée de 20 items (CES-D Dysphoria Scale; Radloff-Sawyer, 1977). Cette échelle de type Likert mesure le niveau actuel de symptomatologie dépressive avec une emphase sur la composante affective et l'humeur dépressive. Les items portent sur des états ressentis ou des comportements que le sujet a pu avoir au cours de la semaine précédante. Chaque item reçoit une cote de zéro à trois pour un total minimum de zéro et maximum de 60, le score total indiquant l'absence ou la présence d'état dépressif[1]. La version française du CES-D Dysphoria Scale offre une bonne validité concurrente (r=0,73) ainsi qu'une grande consistance interne: 0,91 pour les jeunes à tendances suicidaires et 0,81 chez les adolescents non-suicidaires. Un score total de 20 est le seuil minimal indiquant la présence de dépression. Ce seuil a été fixé par Noles et al. (1985)

---

[1] Le terme "état dépressif" est préféré à dépression compte tenu que celui-ci ne correspond pas nécessairement à la définition clinique de la dépression telle que décrite dans le DSM-III.

lors d'une étude portant sur une population estudiantine universitaire. Finalement la dernière section du questionnaire de dépistage se compose de 18 questions traitant des idéations et des comportements suicidaires qui reprennent l'essentiel des éléments d'évaluation du potentiel suicidaire d'échelles connues telles Zung (1974), Stork (1977) et Morissette (1994).

La passation des questionnaires s'est effectuée par groupes/classes aux heures régulières de cours par des expérimentateurs préalablement entraînés, et a requis environ une vingtaine de minutes par classe. Le sujet du suicide n'a pas été formulé tel quel aux élèves au moment de la passation. Les examinateurs présentaient le questionnaire comme l'objet d'une recherche universitaire visant à mieux connaître le vécu, les besoins et les difficultés (dont le suicide) des adolescents de niveau secondaire.

Pour être retenus, les jeunes devaient affirmer avoir déjà pensé sérieusement au suicide et avoir donné des spécifications quant au moment et à la durée de leurs idées suicidaires. Les étudiants ayant fait une tentative de suicide étaient systématiquement retenus dans l'échantillon. Ainsi, 428 questionnaires ont été retenus pour cette étude. L'âge moyen de ces adolescents est de 14,7 ans.

Résultats du dépistage

Les élèves mentionnant avoir déjà pensé sérieusement au suicide comptent pour 15,4%[1] de l'ensemble des étudiants, ce qui représente un peu moins d'un jeune sur sept . Seuls la moitié d'entre eux ont confié leurs idéations suicidaires et les confidents privilégiés sont les pairs. Les comportements et idéations suicidaires prévalent davantage chez les filles. Pour l'ensemble des jeunes dépistés, le ratio se situe à 1,4 filles pour un garçon et parmi les jeun-

[1] Un premier dépouillement des questionnaires nous a permis de dépister 17,7% des jeune. Cependant, un certain nombre de protocoles ayant des données manquantes n'ont pas été retenus dans la composition du groupe expérimental.

qui ont fait des tentatives de suicide, ce rapport est de deux filles pour un garçon. Ce ratio s'apparente à ceux rapportés généralement dans la littérature. Les taux les plus élevés d'adolescents dépistés se retrouvent au niveaux secondaires III et IV où près d'un jeune sur cinq avoue avoir déjà pensé sérieusement au suicide. Le taux le plus bas du programme d'enseignement régulier s'observe au secondaire I (10,9%).

Les analyses effectuées ont permis de dégager certaines caractéristiques qui s'associent aux comportements suicidaires. Ainsi, comparativement à des adolescents non-suicidaires, les jeunes à tendances suicidaires vivent plus fréquemment en famille monoparentale ou dans une autre situation telle famille ou foyer d'accueil, chez leurs grands-parents, etc. (non-suicidaires: 24,8%; tendances suicidaires: 36,7%). Également, un adolescent à tendances suicidaires sur cinq dit éprouver des problèmes de santé comparativement à un sur douze chez les non-suicidaires. Par ailleurs, les éléments dépressifs actuels s'observent chez 65,4% des adolescents à tendances suicidaires en comparaison à 15,9% chez les non-suicidaires. De plus, les sentiments de vide existentiel et de désespoir sont plus importants chez les jeunes à tendances suicidaires.

Étude des caractéristiques des adolescents en regard de l'importance des tendances suicidaires

A) But de la recherche

Pour cette recherche, la même population d'adolescents à tendances suicidaires a été retenue. Cette étude a pour objectif de vérifier s'il existe des caractéristiques qui distinguent les jeunes à tendances suicidaires ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide des autres adolescents qui sont à un stade plus précoce du processus suicidaire soit: au stade idéatif ou au stade de la planification de moyens.

B) Importance des tendances suicidaires

Les adolescents ont été classifiés en trois catégories de comportements suicidaires qui correspondent à l'ensemble du continuum suicidaire (tableau 1). La première catégorie se compose des adolescents présentant des idéations suicidaires sérieuses. Elle représente 4% des jeunes évalués et comprend 25,9% des adolescents dépistés. La deuxième se constitue des adolescents qui, en plus de présenter des idéations, ont élaborés des moyens précis et dangereux de suicide; ceux-ci forment 51,4% de l'ensemble des dépistés et comptent pour 7,9% de la population totale. La dernière inclue uniquement ceux qui ont fait une ou des tentative(s) de suicide, soit 22,7% des élèves dépistés et 3,5% de tous les jeunes évalués; ceci représente environ un jeune sur 29 . Les adolescents du secondaire V, ainsi que ceux des secondaires III et IV, sont deux fois plus nombreux à faire des tentatives de suicide comparativement aux adolescents du secondaire I.

Parmi les adolescents qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide, près de la moitié d'entre eux (44%) ont effectué une seule tentative de suicide, un certain nombre en a fait deux (30,8%) et quelque fois plus de dix (6,6%). Un profil semblable se retrouve chez les filles et les garçons. Dans 68% des cas, les tentatives de suicide ont eu lieu au cours des douze mois précédant la passation du questionnaire. Les filles obtiennent un taux plus élevé (72,3%) comparativement aux garçons (59,4%).

Famille

Il est à souligner que les adolescents ayant fait des tentatives de suicide se retrouvent plus souvent en famille monoparentale ou autres (famille d'accueil, foyer d'accueil ...) comparativement aux idéatifs ou aux adolescents qui sont au stade de la planification. Toutefois, cette relation n'est pas significative bien que l'écart soit notable. Ainsi, près de la moitié des jeunes

ayant fait des tentatives de suicide vivent dans une situation autre qu'avec leurs deux parents, alors que le tiers des idéatifs et de ceux ayant planifiés des moyens se retrouvent dans une telle situation. (tableau 2). Egalement, peu de variations s'observent quant à la taille des familles.

Occupation et scolarité des parents

En général, la scolarité de la mère et l'occupation des deux parents des adolescents ayant fait des tentatives suicidaires diffèrent peu de celles des parents des adolescents idéatifs ou ayant planifié des moyens de suicide. Ainsi, indépendemment de la catégorie de tendances suicidaires, près de la moitié des pères occupent un emploi d'ouvrier, tandis que près de la moitié des mères demeurent à la maison. Près de la moitié de ces dernières ont fait des études de niveau secondaire. Cependant, en ce qui concerne la scolarité du père, une association négative s'observe entre le degré de scolarité de ce dernier et les catégories de tendances suicidaires (Kendall's tau b: -0,11; $p< 0,05$). Ainsi, pour les adolescents ayant fait des tentatives de suicide, les pères sont moins scolarisés comparativement aux pères des autres adolescents à tendances suicidaires. Cette association est particulièrement importante chez les garçons (Kendall's tau b: -0,14; $p< 0,05$) où seulement 6,3% des pères des garçons ayant fait des tentatives de suicide ont des études post-secondaires, comparativement à 27,3% chez les pères des idéatifs et à 27,7% pour ceux qui ont planifié des moyens.

État de santé

Plus du quart des adolescents ayant fait des tentatives de suicide vivent des problèmes de santé comparativement à un sur sept parmi les idéatifs et à un sur cinq chez ceux qui ont planifié des moyens (Kendall's tau c: 0,10; $p< 0,.005$). Cet écart est plus notable entre les filles; 33% de celles qui ont fait des tentatives de suicide rapportent un problème de santé en comparaison à 16,7% parmi celles qui ont uniquement des idéations suicidaires et à 22,4%

chez les adolescentes ayant élaboré des moyens de suicide (Kendall's tau c:0,13; p< 0,01). Chez les garçons, l'écart est nettement plus faible entre ceux ayant accompli des tentatives de suicide (18,8%) et ceux qui sont au stade des idéations (11,9%) ou de l'élaboration de moyens (16,3%).

Néanmoins, la nature des problèmes de santé rapportés est sensiblement la même pour tous les adolescents dépistés. Ainsi, 87,5% des idéatifs, 73,2% de ceux qui ont élaboré des moyens et 70,4% de ceux qui ont fait des tentatives de suicide rapportent des problèmes de santé mineurs tels de l'asthme, des allergies, des malaises physiques (maux de dos, de genoux...) ou des maladies de peau (eczéma, psoriasis ...). Les problèmes de santé plus importants comptent pour 12,5% des problèmes rapportés chez les idéatifs, 12,2% chez ceux ayant élaborés des moyens et pour 11,1% chez les adolescents qui ont fait des tentatives de suicide. Parmi les membres de la famille immédiate, les problèmes de santé se retrouvent en proportion semblable au sein de ces trois groupes (idéation: 30,2%; élaboration de moyen(s): 32,9%; tentative(s) de suicide: 36,5%). Toutefois, les filles qui ont fait des tentatives suicidaires rapportent significativement plus souvent des problèmes de santé dans leur famille comparativement aux garçons du même groupe (filles: 38,6%; garçons:27,5%; X^2=4,208; d.l.=1; p=,004).

Événements déclencheurs

Comme les jeunes pouvaient mentionner plus d'un événement, nous avons fait une moyenne du nombre d'événements rapportés afin de voir s'il existe une différence entre les catégories de jeunes à tendances suicidaires quant au nombre d'événements déclencheurs. Il appert que les adolescents ayant fait des tentatives de suicide identifient en moyenne plus d'événements déclencheurs que les adolescents idéatifs (Scheffé p<0,05) ou ayant élaborés des

moyens (Scheffé $p<0,05$). Ceci porte à croire que plus les jeunes sont avancés sur le continuum suicidaire, plus les problèmes sont diversifiés. D'ailleurs, le nombre d'adolescents qui ne se prononcent pas sur la nature de l'événement déclencheur diminue au sein du groupe des jeunes ayant fait des tentatives de suicide, de sorte que la plupart de ceux qui font une tentative de suicide évoquent des motifs précis comme déclencheurs des idéations suicidaires.

La nature des événements déclencheurs diffère peu entre les idéatifs, ceux au stade de la planification et les adolescents qui ont fait des tentatives de suicide. Pour ces groupes, les problèmes familiaux viennent au premier rang des événements évoqués, suivi des problèmes sentimentaux (tableau 3). Les problèmes scolaires viennent au troisième rang chez les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide et au quatrième rang chez les idéatifs et chez ceux ayant élaboré des moyens. Cependant, les adolescents ayant fait des tentatives de suicide identifient plus souvent les problèmes familiaux; près de la moitié d'entre eux les mentionnent comparativement au tiers chez les idéatifs et chez ceux qui ont planifié des moyens de suicide. Toutefois, cet écart n'est pas statistiquement significatif. Ils mentionnent également deux fois plus souvent les problèmes sentimentaux ($X^2=7,723$; d.l.= 2; $p<0,02$), les problèmes scolaires ($X^2=5,486$; d.l.=2; $p<0,06$) ainsi que les problèmes de drogues comme événements précipitants comparativement aux autres adolescents à tendances suicidaires. Plus particulièrement, les garçons ayant fait des tentatives suicidaires (26,7%) mentionnent significativement plus souvent les problèmes sentimentaux que les idéatifs (19,0%) et que ceux ayant élaboré des moyens (7,4%) ($X^2=8,308$ d.l.=2; $p< 0,02$). Les problèmes de drogues sont rapportés par 20% des garçons qui ont fait des tentatives suicidaires contre seulement 4,8% chez les idéatifs et 1,1% chez les garçons au stade de la planification. Il est à constater que les filles identifient plus massivement des problèmes d'ordre relationnel, alors que les événements évoqués par les garçons sont plus diversifiés.

Confidents

Un nombre plus important d'adolescents ayant fait des tentatives suicidaires ont confié leurs intentions comparativement aux autres jeunes dépistés. Ainsi, 69,1% des jeunes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide se sont ouverts à quelqu'un comparativement à 57,2% chez ceux qui ont élaboré des moyens et à 55,2% chez les idéatifs (Kendall's tau c: -0,10; p< 0,05). Les personnes auxquelles s'adressent les confidences se composent majoritairement des pairs (ami(e), partenaire amoureux). Les réactions suscitées chez les confidents sont très souvent négatives; 57% des confidents adoptent ce type d'attitude pouvant s'exprimer de différentes façons: des attitudes ridiculisantes, de l'incompréhension, de l'indifférence, de la détresse, du doute ou de l'étonnement.

Par le biais d'une liste, il était demandé aux adolescents d'identifier les personnes auxquelles ils aimeraient se confier s'il leurs arrivait de traverser des expériences difficiles (tableau 4). Peu importe la catégorie de tendances suicidaires, les amis viennent au premier rang des personnes identifiées suivi du partenaire amoureux. Il est à remarquer que les parents se retrouvent au troisième rang chez les idéatifs et chez ceux au stade de la planification tandis qu'ils occupent le sixième rang chez ceux qui ont fait des tentatives suicidaires.

Apparition et durée des idéations suicidaires

La majorité des jeunes à tendances suicidaires (71,6%) rapportent que leurs idées suicidaires sont survenus au cours des douze mois précédant la passation du questionnaire. Peu de variations s'observent entre les trois catégories de tendances suicidaires (idéation:75%; élaboration de moyen(s): 70,1%; tentative(s) de suicide: 71%) ainsi qu'entre les filles (71,8%) et les garçons (71,2%).

Pour près de la moitié (45,6%) des jeunes à tendances suicidaires, leurs pensées suicidaires les ont habités de façon non-persistante, c'est-à-dire moins de sept jours consécutifs et ce, autant chez les filles (43,1%) que chez les garçons (49%). En examinant la persistance des idéations suicidaires, des variations importantes s'observent entre les trois catégories de tendances suicidaires. Parmi les jeunes manifestant uniquement des idéations suicidaires, 66% d'entre eux rapportent des pensées suicidaires non-persistantes alors que ce taux baisse à 41,3% chez les adolescents ayant élaboré des moyens précis de suicide et chute à 32,6% parmi ceux qui ont effectué une ou plusieurs tentatives de suicide. Donc, pour près du tiers de ceux qui ont fait des tentatives de suicide, le processus suicidaire se serait déroulé très rapidement (moins d'une semaine). Par ailleurs, une corrélation positive s'observe entre la durée des idéations suicidaires et l'importance des tendances suicidaires ($r=0,30$; $p<0,0009$) démontrant que plus l'adolescent progresse sur le continuum suicidaire, plus ses idéations suicidaires l'habitent longtemps. Ceci s'inscrit directement dans le cadre des théories concernant le processus suicidaire.

État dépressif, sentiment de vide existentiel et désespoir

La présence d'éléments dépressifs actuels se retrouve chez 65,4% des adolescents à tendances suicidaires. Une augmentation de la présence des éléments dépressifs peut être observée entre les différentes catégories de tendances suicidaires. Ainsi, parmi les jeunes présentant uniquement des idéations suicidaires, 56% de ces derniers vivent un état dépressif actuel. Cette proportion augmente à 65,3% chez les adolescents qui ont élaboré des moyens précis de suicide alors que parmi ceux qui ont effectué des tentatives de suicide, ce taux atteint 76,3%. Cette progression entre les catégories de tendances suicidaires se retrouve également au niveau du vide existentiel où 68,4% des idéatifs disent quelquefois ou souvent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, comparativement à 83,5% chez les adolescents ayant élaboré des

moyens et à 93,9% chez ceux qui ont commis des tentatives de suicide. Il en est ainsi également pour l'item se rattachant au désespoir où 76,6% des idéatifs disent s'être sentis quelquefois ou souvent tellement découragés qu'ils auraient voulu mourir, alors que c'est le cas pour 87,2% de ceux étant au stade de la planification et de 98% pour ceux qui ont effectué des tentatives suicidaires.

Des corrélations positives s'observent entre l'intensité des idéations suicidaires et, la présence d'un état dépressif actuel ($r=0,15$; $p< 0,001$), la présence d'un sentiment de vide existentiel ($r=0,29$; $p< 0,0009$) et d'un sentiment de désespoir ($r=0,29$; $p< 0,0009$). Ainsi, l'intensité des idéations suicidaires se relie à la présence des éléments dépressifs et plus étroitement avec l'intensité des sentiments de vide existentiel et de désespoir.

Conclusion

Les comportements suicidaires apparaissent de plus en plus précocement chez les adolescents. Parmi les jeunes de 12 ans (secondaire I), un sur 10 avoue entretenir des pensées suicidaires sérieuses. De plus, le nombre d'adolescents effectuant des tentatives de suicide s'accroit avec l'âge. Ainsi, à 12 et 13 ans, un adolescent sur 50 a effectué une tentative de suicide tandis que ce ratio double chez les 14-18 ans, passant à un jeune sur 25.

Les caractéristiques familiales sont relativement semblables entre les différentes catégories de tendances suicidaires. Cependant, nous constatons qu'un plus grand nombre de jeunes qui ont fait des tentatives de suicide vivent en situations autres qu'avec leurs deux parents et ont des pères sous-scolarisés comparativement aux autres adolescents à tendances suicidaires. Par ailleurs, les adolescentes qui ont fait des tentatives suicidaires rapportent plus de problèmes de santé tant pour elles mêmes que pour les membres de leur famille. Ceci est fréquemment

rapporté dans la littérature comme étant un facteur de risque associé au suicide (Grégoire et al.,1979; Tousignant et al. 1984) ou une caractéristique du vécu des adolescents suicidaires (Davidson et Choquet, 1981; Jacobs, 1971). On pourrait voir aussi dans ces problèmes de santé une forme d'expression des tensions vécues par ces jeunes, tensions qui sont possiblement plus intenses chez celles qui ont déjà effectué des tentatives de suicide, d'autant plus que la nature des problèmes de santé rapportés réfère souvent à des problèmes d'ordre psychosomatiques.

Bien que la nature des événements déclencheurs évoqués par l'ensemble des adolescents à tendances suicidaires se ressemble entre les groupes, ceux qui ont fait des tentatives de suicide identifient un plus grand nombre d'événements déclencheurs précis, ce qui nous porte à croire qu'il y a une accumulation des problèmes vécus comme l'ont d'ailleurs souligné certains auteurs (Ladame, 1981; Jacobs, 1971). Il est à constater le nombre important de jeunes ayant fait une tentative de suicide qui évoquent principalement les problèmes familiaux comme motif des idéations suicidaires. Soulignons également le fait qu'un garçon sur cinq de ce même groupe rapporte des problèmes de drogues comme événement déclencheur, alors que ce phénomène est beaucoup moindre chez les autres adolescents suicidaires. L'abus de drogues et/ou d'alcool chez les jeunes ayant déjà fait une tentative se retrouve fréquemment dans la littérature. Garfinkel (1986) souligne que la passivité et le retrait dans l'alcool et d'autres drogues font partis des habitudes comportementales de ces adolescents, alors que Joan (1986) voit dans ce comportement un moyen privilégié pour échapper à ses sentiments. D'autres auteurs dont Hertzman (1985) déclare que les problèmes d'alcool ou de drogue sont un facteur majeur de suicide chez les jeunes. Toutefois, nos résultats ne nous permettent pas d'évaluer l'ampleur réelle des problèmes de toxicomanies chez ces adolescents.

Également, les jeunes ayant fait des tentatives de suicide sont un peu plus nombreux à confier leurs pensées suicidaires. Cette constatation pourrait confirmer l'hypothèse voulant que la confidence des pensées suicidaires témoigne du sérieux de celles-ci. Cependant, dans les cas de tentative(s) de suicide, nous ignorons si les confidences sont survenues avant ou après la tentative. Des entrevues réalisées auprès d'un certain nombre de jeunes ayant fait des tentatives suicidaires nous amènent à constater que, pour certains cas, les confidences ont eues lieu après la tentative de suicide.

Certaines variables d'ordre affectif viennent appuyer la notion de continuum suicidaire voulant que plus l'individu progresse sur celui-ci, plus ses idéations suicidaires s'intensifient. Notamment, il est possible d'observer chez les jeunes à tendances suicidaires que la persistance des idéations suicidaires s'accroît en fonction de l'importance des tendances suicidaires. De plus, la présence d'éléments dépressifs augmente entre les différentes catégories de tendances suicidaires, comme l'ont d'ailleurs observé Lamontagne et al (1986), tandis que les sentiments de vide et de désespoir s'accentuent. Ainsi, les adolescents ayant fait des tentatives de suicide ont des idéations suicidaires plus persistantes s'accompagnant, dans la majorité des cas, d'un état dépressif actuel et de sentiments de vide existentiel et de désespoir.

Lors d'une étude précédente (Pronovost, Côté et Ross, 1989) nous avons constaté que certaines variables familiales caractérisent plus particulièrement les adolescents à tendances suicidaires en comparaison à des jeunes non-suicidaires. Toutefois, ces mêmes variables ne permettent pas de faire ressortir aussi clairement des caractéristiques s'associant à l'une ou l'autre des diverses catégories de tendances suicidaires, sauf concernant la scolarité du père. Par ailleurs, les idéatifs et les adolescents ayant élaboré des moyens de suicide tendent à se profiler similairement sur la majorité des variables étudiées. Les différences les plus

prononcées entre ces deux catégories se retrouvent au niveau des sentiments de vide existentiel et de désespoir. Donc, ce ne sont pas les variables socio-démographiques mais celles qui sont d'ordre affectif, qui distinguent le plus les différentes catégories de tendances suicidaires et plus particulièrement les adolescents ayant fait des tentatives de suicide des autres jeunes qui sont à un stade plus précoce du processus suicidaire.

Références

BAKER, M. (1983). Hôpital Ste-Justine, pédiatrie pour les adolescents 12-18 ans. Colloque le suicide des jeunes, Association pour la santé publique du Québec (ASPQ).

BONNER, R.L.; RICH, A.R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide and life-threatening behavior, 17*, 50-63.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC (1988). *La situation démographique au Québec*. Québec: Bureau de la statistique, Les publications du Québec.

CANADA, BUREAU DE LA STATISTIQUE (1988). *Causes de décès, la statistique de l'état civil 1986*. Ottawa: Statistiques Canada.

CHARRON, M.F. (1981). *Le suicide au Québec, analyse statistique*. Québec: Service des études épidémiologiques du Ministère des Affaires Sociales.

CORBEIL, S.-C. (1984). Suicide et adolescence, *in* P. Morissette: *Le suicide, démystification, intervention et prévention*. (pp. 272-306). Québec: Garotex.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M. (1981). *Le suicide de l'adolescent, étude épidémiologique*. Paris: Les Éditions ESF.

DAVIDSON, F.; PHILIPPE, A. (1986). *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, étude épidémiologique*. Nancy: Les Éditions INSERM, Doin.

EMOND, A. et al. (1988). *Et la santé, ça va? Tome 1, Rapport de l'enquête Santé Québec*. Québec: Les Publications du Québec.

FRIEDMAN, J.M.H.; GREGORY, A.M.; BOECK, M.; DiFIORE, J. (1987). Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample, *American Journal of psychiatry, 144* (9), 1203-1206.

GARFINKEL, B.D.; FROESE, A.; HOOD,J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *American journal of psychiatry, 139*(10), 1257-1261.

GARFINKEL, B. D. (1986). School based prevention programs. Présenté à la conférence nationale sur la prévention et l'intervention auprès des jeunes suicidaires, Oakland, California.

GROUPE D'ETUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE AU CANADA (1987). *Le suicide au Canada*. Santé et Bien-être social Canada.

GREGOIRE, J. C.; PHANEUF-PERRON, L.; ROBITAILLE, M.; JUNEAU, M. (1979). *Le suicide chez les jeunes adultes de 15-30 ans: Revue de la littérature, rapport final*. Montréal: Université de Montréal.

HERTZMAN, M. (1985). Alcohol, drugs and adolescent suicide: *Report of the National Conference on Youth Suicide*. Washington, 83-90.

JACOBS, J. (1971). *Adolescent suicide*. New-York: Wiley.

JOAN, P. (1986). *Preventing teenage suicide*. New-York: Human Sciences Press Inc.

LADAME, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.

LAMONTAGNE, Y.; ELIE, R.; BELISLE, M.; DUCHASTEL, A.; MARSEILLE, M.-C.; MERCURE, G. (1986). Suicide et dépression chez les étudiants de cégep. *Union médicale du Canada, 115* (8), 522-527.

MORISSETTE, P. (1984). *Le suicide, démystification, intervention et prévention*. Québec: Garotex.

NOLES, S.W.; CASH, T. F.; WINSTEAD, B. (1985). Body image, physical attractivness and depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 53*, 88-94.

PFEFFER, C. R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHIK, R.; MIZRUCHI, M.S. (1984). Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of child Psychiatry, 23*, 416-423.

PRONOVOST, J.; COTE, L.; ROSS, C. (1989). Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. Rapport de recherche inédit.

RADLOFF, L. S. (1977). The CES-D Scale, a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1* (3), 385-401.

STORK, J.(1977). Echelle d'évaluation du risque suicidaire. *Psychiatrie de l'enfant, 20*, 493-520.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1983). *Expérience des jeunes en milieu collégial: questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires*. Montréal: Université du Québec à Montréal.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D.; BERGERON, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. *Santé Mentale au Québec, 9*, 122-133.

TOUSIGNANT, M.; HAMEL, J.; BASTIEN, M.-F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec, 13* (2), 79-93.

ZUNG, W. (1974). Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide. *in* A. T. Beck *et al*. *Prevention in the prediction of suicide*. Maryland: Charles Press.

Tableau 1

Répartition des adolescents dépistés en fonction de l'importance des tendances suicidaires et du niveau académique

niv.secondaire	idéations suicidaires %	Elaboration de moyen(s) %	tentative(s) de suicide %	total %
I	3,7	5,2	2,0	10,9
II	4,4	7,9	2,8	15,1
III	3,9	9,6	4,4	17,9
IV	5,0	9,4	4,0	18,4
V	3,1	8,6	4,3	16,0
Prob. adap.	2,4	2,9	3,5	8,8
TOTAL	4,0	7,9	3,5	15,4

Tableau 2

Description générale des adolescents à tendances suicidaires

Variables	idéatifs seulement %	idéatifs avec planification de moyen(s) %	tentative(s) de suicide %
Famille			
Intacte	63,3	67,1	54,7
Monoparentale	29,4	27,4	38,1
Autres	7,3	5,5	7,2
Taille de la famille			
4 enfants ou plus	27,5	31,1	28,9
2 ou 3 enfants	64,2	61,2	60,8
Unique	8,3	7,8	10,3
Scolarité du père			
Primaire	16,2	14,1	20,6
Secondaire	27,9	39,5	38,1
collégial ou universitaire	27,0	22,3	13,4
Information manquante	28,8	24,1	27,8
Scolarité de la mère			
Primaire	12,6	14,5	16,5
Secondaire	48,6	45,5	41,2
Collégial ou universitaire	18,0	15,0	16,5
Information manquante	20,7	25,0	25,8
Occupation du père			
Ouvrier	41,4	44,5	41,2
Sans emploi	5,4	5,5	11,3
Décédé	3,6	2,3	4,1
Information manquante	14,4	7,3	13,4
Occupation de la mère			
A la maison	38,7	50,4	43,3
Ouvrière	18,9	10,0	15,5
Décédée	. .	2,3	1,0
Information manquante	9,0	3,6	9,3
Problèmes de santé	14,8	19,6	28,9
Problèmes de santé dans la famille rapportés par les adolescents	30,2	32,9	36,5

Tableau 3

Evénements déclencheurs identifiés par
les jeunes à tendances suicidaires

	idéations suicidaires seulement %	élaboration de moyen(s) %	tentative(s) de suicide %
Prob. familiaux	37,0	34,3	46,2
Prob. sentimentaux	18,5	12,9	25,8
Prob. avec les amis	6,5	10,0	10,8
Prob. scolaires	6,5	7,6	15,1
Isolé ou rejeté	4,6	5,7	6,5
Refus de dire	- -	7,1	5,4
Prob. généralisés	3,7	5,7	3,2
Prob. de drogue	3,7	1,4	6,5
Décès d'un proche	4,6	2,4	1,1
Placement	- -	1,0	2,2
Autres	11,1	13,8	15,1
Aucun événement	19,4	22,4	12,9

Les pourcentages sont basés sur le nombre de répondants

Tableau 4

Les confidents possibles identifiés
par les adolescents à tendances suicidaires

	idéations suicidaires seulement %	élaboration de moyen(s) %	tentative(s) de suicide %
Ami(e)	72,7	66,4	63,9
Partenaire amoureux	38,2	41,4	47,4
Parents	24,5	25,5	14,4
Psychologue	16,4	19,5	17,5
Fratrie	15,5	16,8	20,6
Trav. social	9,1	9,1	17,5
Parents éloignés	8,2	7,3	6,2
Infirmière	5,5	4,1	3,1
Professeur	6,4	2,7	3,1
Grands-parents	2,7	1,8	...
Autres	4,5	10,0	12,4

° Les pourcentages sont basés sur le nombre de répondants.

RELANCE DES ADOLESCENTS A TENDANCES SUICIDAIRES, UN AN APRES LE DEPISTAGE

RAPPORT DE RECHERCHE

PAR

JOCELYNE PRONOVOST
LYNE LAROCHELLE
CLAUDE PERRON
JACINTHE BEAULIEU

AOUT1989

RELANCE DES ADOLESCENTS À TENDANCES SUICIDAIRES: UN AN APRÈS LE DÉPISTAGE

Population

La population de la relance était composée de 217 adolescent(e)s provenant de deux milieux scolaires de niveau secondaire. La répartition selon le sexe se distribue comme suit: 92 garçons (42,4%) et 125 filles (57,6%). L'âge des sujets variait entre 12 et 18 ans. On compte à l'intérieur de l'échantillon 133 adolescent(e)s entre 12 et 14 ans (61,6%) et 83 âgé(e)s entre 15 et 18 ans (38,4%). Il est à noter qu'il y a une donnée manquante sur l'âge.

Les sujets ont été répartis selon quatre groupes d'étude en référence aux critères d'évaluation du potentiel suicidaire tels que décrits dans le volet dépistage: 1-"Idéation" (N=44; 20,3%); 2-"Planification" (N=59; 27,2%); 3-"Tentative" (N=25; 11,5%); "Contrôle" (N=89; 41,0%).

Variables d'étude

Un an plus tard, les jeunes ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation. La relance consistait en une entrevue individuelle auprès des adolescents. L'entrevue était menée par un(e) assistant(e) de recherche qui était connu(e) des adolescents pour avoir participé au dépistage l'année précédente. Le but de la relance était de vérifier, un an plus tard, l'état actuel du potentiel suicidaire du jeune en comparaison du moment du dépistage, et de vérifier l'effet de différentes variables sur la modification du potentiel suicidaire. Ces variables sont principalement le sexe, l'âge, la modification du contexte de vie en comparaison d'il y a un an (situation familiale, situation sociale, situation scolaire et état de santé). Une autre variable étudiée est le fait que les dépistés à tendances suicidaires aient été ou non suivis en intervention professionnelle entre le moment du dépistage et le moment de la relance. Un dernier élément mesuré est la présence ou l'absence de problèmes (familiaux, scolaires, sociaux, santé, abus physiques et sexuels, comportements déviants, sentimentaux, affectifs et autres) en regard de ceux identifiés par les adolescents au moment du dépistage.

Résultats

Modification du potentiel suicidaire

La relance nous a permis d'observer des modifications en ce qui a trait aux tendances suicidaires (voir tableau 2, annexe). La majorité des sujets composant les groupes "idéation" (79,5%) et "planification" (79,7%) ont avoué ne plus avoir d'idéations suicidaires. Une proportion plus faible d'adolescent(e)s du groupe "tentative" (60%) ont joint les rangs des non-suicidaires.

Chez les idéations, la relance nous a révélé que 13,6% des sujets sont demeurés au stage des idéations suicidaires, tandis que seulement 6,8% ont franchi l'étape de la planification de moyens.

Au sein du groupe "planification", on a noté une absence de modification du potentiel suicidaire chez 8,5% des adolescents ainsi qu'une diminution des tendances suicidaires (passage au groupe "idéation") chez 11,9% des jeunes évalués.

Le groupe tentative est celui à l'intérieur duquel on a retrouvé la plus forte proportion de suicidaires au moment de la relance. Cependant, on y a également observé une diminution des tendances suicidaires: 28% d'entre eux se sont retrouvés au stade des idéations et 12% au stade de la planification.

La majorité des jeunes du groupe "contrôle" (93,3%) sont demeurés non-suicidaires. Par contre, un faible pourcentage d'adolescent(e)s de ce dernier groupe (6,7%) ont développé des idéations suicidaires.

En somme, pour la majorité des sujets, il y a eu résorption ou, tout au moins, diminution des tendances suicidaires.

En ce qui concerne la modification du potentiel suicidaire selon le sexe, on a noté qu'à l'intérieur des groupes "idéation" et "tentative", on retrouve davantage de filles que de garçons pour qui les tendances suicidaires se sont résorbées (F=85,2% vs G=70,6%; F=68,8% vs G=44,4%). Alors que pour le groupe "planification", ce sont les garçons qui ont le plus fréquemment rapporté une absence d'idéations suicidaires

actuelles (G=88,0% vs F=73,5%), l'augmentation la plus importante du potentiel suicidaire a été retrouvé chez les idéatifs de sexe masculin (11,8%).

Pour ce qui est du groupe contrôle, on a observé qu'une plus grande proportion de filles a développé des idéations suicidaires (F=12,5% vs G=2,4%).

Facteurs associés

. Sexe, Age, Suivi

Par la suite nous avons tenté de faire ressortir les variables susceptibles d'avoir influencé la modification du potentiel suicidaire. A ce sujet, on n'a retrouvé aucun lien significatif entre le sexe, l'âge, le fait d'avoir ou non bénéficié d'un suivi et les changements qui se sont op'érés à l'intérieur du potentiel suicidaire, et ce, tant pour les dépistés que pour les non-dépistés.

Chez les suicidaires, on est à même de noter que le plus haut taux de résorption du potentiel suicidaire se retrouve parmi les garçons plus âgés, soit les 15-18 ans (82,4%), tandis que les garçons plus jeunes, soit les 12-14 ans, constituent le groupe où l'on observe le taux le plus élevé (33,3%) de non-résorption du potentiel suicidaire.

Par contre, dans le groupe "contrôle", ce sont les garçons plus jeunes qui représentent la majorité des non-suicidaires. L'augmentation la plus marquée du potentiel suicidaire pour les sujets du groupe "contrôle" se situe à l'intérieur du groupe des filles, et plus particulièrement, chez les 15-18 ans (voir tableaux 3a et 3b, annexe).

. Contexte de vie

La modification du potentiel suicidaire est significativement liée à la modification de la situation familiale chez les suicidaires (x^2=4,85; d.l.=1; p<0,05). Nous avons donc observé que la résorption du potentiel suicidaire est en relation avec une modification positive de la situation familiale, c'est-à-dire une amélioration, dans 84,1% des cas, comparativement à 52,9% pour les jeunes ayant rapporté une détérioration de la situation familiale. Alors que la non-résorption du potentiel suicidaire est associée à une modification négative de la situation familiale chez 47,1% des sujets contre 15,9% pour ceux qui ont rapporté une amélioration de la situation familiale.

En ce qui concerne la modification de la situation sociale et de la situation scolaire, les résultats vont sensiblement dans le même sens. Cependant, ces relations ne sont pas significatives.

Chez les sept sujets du groupe "contrôle" ayant développé des idéations au cours de l'année, les résultats tendent à aller dans le même sens que ceux des dépistés, exception faite de la modification de la situation sociale. Toutefois, on ne retrouve aucune relation significative (voir tableaux 4a et 4b, annexe)

. Présence encore actuelle de problèmes

De façon générale, nous avons constaté que la résorption du potentiel suicidaire est plus fréquente chez les adolescents dépistés ayant rapporté une absence de problèmes au moment de la relance, exception faite des problèmes sociaux et des problèmes de santé.

Nous avons noté une relation significative entre l'état actuel du potentiel suicidaire et l'absence/présence de problèmes familiaux (x^2=12,09; d.l.=1; p<0,001). La résorption du potentiel suicidaire est en relation avec l'absence de problèmes familiaux chez 82% des sujets contre 35,3% en ce qui concerne ceux qui ont rapporté ce type de problème. Tandis que la non-résorption du potentiel suicidaire est liée à la présence de problème familiaux dans 64,7% des cas contre 18% pour l'absence de ce genre de problèmes.

Il existe également un lien significatif entre l'actualité du potentiel suicidaire et l'absence/présence actuelle de problèmes scolaires (Fisher's exact test; p<0,05). La relation va dans le même sens que dans le cas des problèmes familiaux, c'est-à-dire qu'il y a un lien entre la résorption du potentiel suicidaire et l'absence de problèmes scolaires chez 91,7% des jeunes contre 33,3% pour la présence de ce problème. Alors que la non-résorption du potentiel suicidaire est liée à la présence de problèmes scolaires chez 66,7% des dépistés comparativement 8,3% d'entre eux qui rapportent une absence du même problème.

En ce qui concerne les 7 sujets du groupe "contrôle" devenus idéatifs, nous avons observé une relation significative entre l'état actuel du potentiel suicidaire et

l'absence/présence de problèmes sentimentaux (x^2=12,73; d.l.=1; p<0,001). Le fait que le potentiel suicidaire soit demeuré inchangé est lié à l'absence de problèmes sentimentaux chez 94,3% des sujets comparativement à 0,90 pour la présence du problème. L'augmentation des tendances suicidaires est, quant à elle, en relation avec la présence de problèmes sentimentaux dans 100% des cas contre 5,7% des jeunes devenus idéatifs qui n'ont pas rapporté ce type de problème. (voir tableaux 5a et 5b, annexe).

CONCLUSION

Selon les résultats obtenus, l'aspect familial constitue une variable importante à considérer chez les adolescents dépistés. Il est d'ailleurs à noter qu'au moment du dépistage, une proportion assez forte de jeunes suicidaires, soit 69,6%, ont avoué avoir des problèmes familiaux. En fait, les difficultés d'ordre familial s'inscrivent au premier rang des problèmes rapportés par les suicidaires.

Tableau 1

Distribution des sujets au moment du DEPISTAGE en fonction du sexe

SEXE	ADOLESCENTS DEPISTES A TENDANCE SUICIDAIRE						ADOLESCENTS N-SUICIDAIRES	
	IDEATION		PLANIFICATION		TENTATIVE		GR. CONTROLE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GARCONS (N=92) (%=42,4)	17	18,5	25	27,2	9	9,8	41	44,6
FILLES (N=125) (%=57,6)	27	21,6	34	27,2	16	12,8	48	38,4
TOTAL (N=217)	44	20,3	59	27,2	25	11,5	89	41,0

Tableau 2

Distribution des sujets au moment de la RELANCE
en fonction du sexe

SEXE	GROUPE AU MOMENT DU DEPISTAGE		GROUPE AU MOMENT DE LA RELANCE							
			N.SUICIDAIRE		IDEATION		PLANIFICATION		TENTATIVE	
			N	%	N	%	N	%	N	%
GARCONS (N=92)	IDEATION	(N=17)	12	70,6	3	17,6	2	11,8		NIL
	PLANIFICATION	(N=25)	22	88,0	1	4,0	2	8,0		NIL
	TENTATIVE	(N=9)	4	44,4	4	44,4	1	11,1		NIL
	CONTROLE	(N=41)	40	97,6	1	2,4	0	0		NIL
FILLES (N=125)	IDEATION	(N=27)	23	85,2	3	11,1	1	3,7		NIL
	PLANIFICATION	(N=34)	25	73,5	6	17,6	3	8,8		NIL
	TENTATIVE	(N=16)	11	68,8	3	18,8	2	12,5		NIL
	CONTROLE	(N=48)	42	87,5	6	12,5	0	0		NIL
TOTAL (N=217)	IDEATION	(N=44)	35	79,5	6	13,6	3	6,8		NIL
	PLANIFICATION	(N=59)	47	79,7	7	11,9	5	8,5		NIL
	TENTATIVE	(N=25)	15	60,0	7	28,0	3	12,0		NIL
	CONTROLE	(N=89)	83	93,3	7	6,7	0	0		NIL

Tableau 3a

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents dépistés à tendances suicidaires en fonction de l'âge et du sexe

AGE	SEXE	MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				χ^2	p
		AUCUN CHANGEMENT		AUGMENTATION			
		N	%	N	%		
12-14 ans (N=74)	Garçons (N=33; %=44,6)	22	66,7	11	33,3	0,69	.4051
	Filles (N=41; %=55,4)	32	78,0	9	22,0		
15-18 ans (N=53)	Garçons (N=17; %=32,1)	14	82,4	3	17,6	0,06	.8061
	Filles (N=36; %=67,9)	27	75,0	9	25,0		
TOTAL (N=127)		95	74,8	32	25,2		

Tableau 3b

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents non-suicidaires (groupe contrôle) en fonction de l'âge et du sexe

AGE	SEXE	MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				χ^2	p
		RESORBE		NON RESORBE			
		N	%	N	%		
12-14 ans (N=59)	Garçons (N=29; %=49,2)	29	100	0	0	1,33	.2480
	Filles (N=30; %=50,8)	27	90	3	10		
15-18 ans (N=30)	Garçons (N=12; %=40,0)	11	91,7	1	8,3	0,43	.5107
	Filles (N=18; %=60,0)	15	83,3	3	16,7		
TOTAL (N=89)		95	74,8	32	25,2		

Tableau 4a

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents dépistés à tendances suicidaires en fonction de la modification de la situation familiale, sociale et de l'état de santé

MODIFICATION DE LA SITUATION	CHANGEMENT	MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				x^2	p
		RESORBE		NON-RESORBE			
		N	%	N	%		
FAMILIALE (N=61)	Positif (N=44; %=72,1)	37	84,1	7	15,9	4,85	.0277
	Négatif (N=17; %=27,9)	9	52,9	8	47,1		
SOCIALE (N=37)	Positif (N=33; %=89,2)	26	78,8	1	21,2	0,03	.8620
	Négatif (N=4; %=10,8)	3	75,5	4	25,0		
SCOLAIRE (N=34)	Positif (N=22; %=64,7)	18	81,8	4	18,2	0,22	.6384
	Négatif (N=12; %=35,3)	9	75,0	3	25,0		
ETAT DE SANTE (N=13)	Positif (N=4; %=30,8)	4	100	0	0	NIL	NIL
	Négatif (N=9; % 69,2)	9	100	0	0		

Tableau 4b

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents non-suicidaires (groupe-contrôle) en fonction de la modification de la situation familiale, sociale et de l'état de santé

MODIFICATION DE LA SITUATION	CHANGEMENT	MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				FISHER'S EXACT TEST
		AUCUN CHANGEMENT		AUGMENTATION		
		N	%	N	%	p
FAMILIALE (N=15)	Positif (N=10; %=66,7)	9	90,0	1	10,0	.5714
	Négatif (N=5; %=33,3)	4	80,0	1	20,0	
SOCIALE (N=10)	Positif (N=6; %=60,0)	4	66,7	2	33,3	.6667
	Négatif (N=4; %=40,0)	3	75,0	1	25,0	
SCOLAIRE (N=14)	Positif (N=5; %=35,7)	5	100	0	0	.3956
	Négatif (N=9; %=64,3)	7	77,8	2	22,2	
ETAT DE SANTE (N=8)	Positif (N=1; %=12,5)	1	100	0	0	.7500
	Négatif (N=7; % 87,5)	5	71,4	2	28,6	

Tableau 5a

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents dépistés à tendances suicidaires en fonction de la présence ou l'absence de problèmes au moment de la relance

		MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				x2	p	r	p
		Résorbé		Non-résorbé					
		N	%	N	%				
FAMILIAUX (N=78)	Absence (N=61; %=78,2)	50	82,0	11	18,0	12,09	.0005	-0,43	.0000
	Présence (N=17; %=21,8)	6	35,3	11	64,7				
SCOLAIRES (N=18)	Absence (N=12; %=66,7)	11	91,7	1	8,3	*	.0217	-0,61	.0030
	Présence (N=6; %=33,7)	2	33,3	4	66,7				
SOCIAUX (N=22)	Absence (N=17; %77,3)	13	76,5	4	23,5	0,03	.8685	0,04	.4380
	Présence (N=5; %=22,7)	4	80,0	1	20,0				
SANTE (N=3)	Absence (N=1; %=50)	1	100	0	0	Nil.	Nil.	Nil.	Nil.
	Présence (N=1; %=50)	1	100	0	0				
ABUS PHYS. SEXUEL (N=5)	Absence (N=5; %=100)	4	80,0	1	20,0	Nil.	Nil.	Nil.	Nil.
	Présence (N=0; %0)	0	0	0	0				
COMPORT. DEVIANTS (N=4)	Absence (N=3; %=75)	2	66,7	1	33,3	*	.5000	-0,58	.1870
	Présence (N=1; %=25)	0	0	1	100				
SENTIM. (N=12)	Absence (N=12; %=100)	10	83,3	2	16,7	Nil.	Nil.	Nil.	Nil.
	Présence (N=0; %=0)	0	0	0	0				
AFFECTIFS (N=17)	Absence (N=16; %=94,1)	13	81,3	3	18,7	*	.2353	-0,45	.0336
	Présence (N=1; %=5,9	0	0	1	100				
AUTRES** (N=5)	Absence (N=5; %=100)	4	80,0	1	20,0	Nil.	Nil.	Nil.	Nil.
	Présence (N=0; %=0)	0	0	0	0				

* Fisher's exact test

** (Deuil, grossesse non-désirée, problèmes au travail)

Tableau 5b

Modification du potentiel suicidaire chez les adolescents non-suicidaires en fonction de la présence ou l'absence de problèmes au moment de la relance

		MODIFICATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE				x2	p	r	p
		Résorbé		Non-résorbé					
		N	%	N	%				
FAMILIAUX (N=89)	Absence (N=79; %=88,8)	74	93,7	5	6,3	0,79	.3737	0,16	.0666
	Présence (N=10; %=11,2)	8	80,0	2	20,0				
SCOLAIRES (N=89)	Absence (N=83; %=93,3)	78	94,0	5	6,0	2,61	.1064	-0,25	.0081
	Présence (N=6; %=6,7)	4	66,7	2	33,3				
SOCIAUX (N=89)	Absence (N=87; %=97,8)	80	92,0	7	8,0	0,00	1.0000	-0,04	.3401
	Présence (N=2; %=2,2)	2	100	0	0				
SANTE (N=89)	Absence (N=0; %=100)	82	92,1	7	7,9	NIL	NIL	NIL	NIL
	Présence (N=0; %=0)	0	0	0	0				
ABUS PHYS. SEXUEL (N=89)	Absence (N=88; %=99,9)	82	93,2	6	6,8	2,48	.1155	0,36	.0002
	Présence (N=1; %0,1)	0	0	1	100				
COMPORT. DEVIANTS (N=89)	Absence (N=89; %=100)	82	92,1	7	7,9	NIL	NIL	NIL	NIL
	Présence (N=0; %=0)	0	0	0	0				
SENTIM. (N=89)	Absence (N=87; %=97,8)	82	94,3	5	5,7	12,73	.0004	0,52	.0000*
	Présence (N=2; %=2,2)	0	0	2	100				
AFFECTIFS (N=89)	Absence (N=89; %=100)	82	92,1	7	7,9	NIL	NIL	NIL	NIL
	Présence (N=0; %=0)	0	0	0	0				
AUTRES** (N=89)	Absence (N=88; %=98,9)	82	93,2	6	6,8	2,48	.1155	0,36	.0002
	Présence (N=1; %=1,1)	0	0	1	100				

* (Deuil, grossesse non-désirée, problèmes au travail)